Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação Saúde, Trabalho e Cidadania NDS/ISC/UFMT

A FORMAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Uma experiência político-pedagógica compartilhada

Elisete Duarte
Reni A. Barsaglini
(Organizadoras)

20 Anos
EdUFMT

UFMT

Ministério da Educação
Universidade Federal de Mato Grosso

Reitora
Maria Lúcia Cavalli Neder

Vice-Reitor
Francisco José Dutra Souto

Diretora do Insituto de Saúde Coletiva
Marta Gislene Pignati

Coordenador da Editora Universitária
Marinaldo Divino Ribeiro

20 Anos
EdUFMT

CONSELHO EDITORIAL

Presidente
Marinaldo Divino Ribeiro

Membros
Aída Couto Dinucci Bezerra
Eliana Beatriz Nunes Rondon
Bismarck Duarte Diniz
Frederico José Andries Lopes
Janaina Januário da Silva
Karlin Saori Ishii
Marluce Aparecida Souza e Silva
Taciana Mirna Sambrano
Marly Augusta Lopes de Magalhães
Ademar de Lima Carvalho
Moacir Martins Figueiredo Junior
Jorge do Santos
José Serafim Bertoloto
Elisabeth Madureira Siqueira

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação Saúde, Trabalho e Cidadania NDS/ISC/UFMT

Elisete Duarte
Reni A. Barsaglini
(Organizadoras)

A FORMAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Uma experiência político-pedagógica compartilhada

20 Anos
EdUFMT
Cuiabá - MT
2012

Copyright © Elisete Duarte, Reni A. Barsaglini (Organizadoras), 2012.

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

A EdUFMT segue o acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

ISBN: 978-85-327-0435-1.

F723

A Formação dos gestores municipais de saúde : uma experiência político-pedagógica compartilhada / Elisete Duarte, Reni A. Barsaglini (Organizadoras). – Cuiabá, MT : EdUFMT, 2012.

366 p.

Esta obra faz parte das ações da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação Saúde, Trabalho e Cidadania – NDS/ISC/UFMT.

1. Saúde. 2. Formação de gestores. 3. Sistema Único de Saúde – SUS – Mato Grosso. 4. Recursos humanos em saúde. I. Duarte, Elisete, org. II. Barsaglini, Reni A., org.

CDU 614:658.3

Coordenação da EdUFMT: Marinaldo Divino Ribeiro
Revisão Textual e Normalização: Maria Auxiliadora Silva Pereira
Supervisão Técnica: Janaina Januário da Silva
Diagramação: Rodrigo Silva
Impressão: Print Gráfica
Direção do Instituto de Saúde Coletiva: Marta Gislene Pignatti
Coordenação do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde: Nina Rosa Ferreira Soares
Estação Saúde, Trabalho e Cidadania: Fátima A. Ticianel Schrader (coordenação), Maria Angélica dos Santos Spinelli, Júlio Strubing Müller Neto, Ilva Félix do Nascimento, Rodolfo Bezerra Benevides, Elisete Duarte e Maria Anunciação Silva.
Comissão Técnico-científica para a seleção dos textos: Reni A. Barsaglini (coordenadora), Lenir Vaz Guimarães, Noemi Dreyer Galvão
Revisão Técnica: Maria Angélica dos Santos Spinelli (Parte I) e Maria José Vieira da Silva (organização dos resumos)
Secretaria: Rodolfo Bezerra Benevides.
Arte de Capa e contracapa: Adir Sodré (direito de uso das imagens das obras cedido pelo artista)
Apoio: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Fundação UNISELVA, COSEMS/MT

20 Anos EdUFMT

FILIADA À ABEU Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora da Universidade Federal de Mato Grosso
Av. Fernando Correa da Costa, 2.367.
Boa Esperança. CEP: 78060-900. Cuiabá-MT.
Contato:
edufmt@hotmail.com - edufmt@ufmt.br
www.ufmt.br/edufmt
Fone: (65) 3615-8322 / 3615-8325

Esta obra foi produzida com recurso do Governo Federal.

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

PREFÁCIO

O livro "**A formação dos gestores municipais de saúde**: uma experiência político pedagógica compartilhada" é uma produção bem vinda e apresenta a realização de quatro turmas do curso de especialização em Gestão de Sistemas e de Serviços de Saúde (CGSSS), voltadas para a formação de gestores municipais de saúde em Mato Grosso (2004-2010). Registra e divulga resultados de monografias e de resumos de especialistas que abordam a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) matogrossense. O trabalho é fruto de uma parceria profícua entre o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS) e o Instituto de Saúde Coletiva/UFMT. Na apresentação as organizadoras nos deixam antever que esta é uma primeira publicação e serão bem vindas as próximas, uma vez que, as edições V e VI do Curso de Especialização estão previstas (2011-2013), com a reelaboração de parte do material instrucional em recursos didáticos para ensino à distância e mais, a divulgação dos trabalhos para os profissionais do SUS de Mato Grosso.

As quatro versões do curso, em especial as duas primeiras, foram acompanhadas por monitoramento sistemático, seguido ao final (Turma IV), por uma extensa avaliação relatada no livro: Parte I "**A formação dos gestores municipais de saúde**: avaliação de uma experiência", que analisa o grau de desempenho dos cursos. O curso abrangeu 48,2% dos municípios, cujos alunos, em sua maioria, atuavam na gestão, em cidades com até 50 mil habitantes. Ao refinar a avaliação, por meio de instrumentos específicos, os alunos informam que o curso contribuiu com a formação em gestão e o seu formato e conteúdos estiveram adequados. Os autores concluem que os sistemas municipais de saúde e a Rede de apoio ao SUS do COSEMS... "*atuaram como campo de experimentação de práticas orientadas*" nesse processo de formação.

A Parte II: "**A produção dos alunos do curso**: textos selecionados" envolve uma gama ampla de experiências sobre temáticas diversas, que uma vez sistematizadas, indicam os avanços do SUS municipal, por outro lado, os resultados elaborados pelos alunos gestores, apontam novos desafios para o SUS.

Sandro Madaleno Correa Taques e Meyre Aparecida Pereira Anunciação reconstroem a história do SUS em Acorizal e Matupá, no período 1998 a 2004. Em Acorizal, a análise foca a construção do marco legal do SUS, a dimensão político institucional da Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade sanitária do gestor com a saúde da população e a implantação da atenção básica, ressaltando os

avanços do sistema local de saúde. Em Matupá, a organização inicial dos serviços de saúde se deu quase que restritamente em torno da malária, demonstrando que a expansão e diversidade da rede de serviços de atenção a saúde foram conseqüência da política de descentralização do SUS. Analisa a evolução dos indicadores da atenção básica com alcance das metas pactuadas, no período. A Vigilância à Saúde foi o tema de Liris Madalena Werla Lemes, sobre Guarantã do Norte. As vigilâncias Sanitária e Epidemiológica foram implantadas com a NOB96, cuja importância vincula-se a questões ambientais ligadas à ocupação da região pelo garimpo, seguida pela derrubada das florestas. A ampliação e diversificação da cobertura da atenção vieram com o PSF, no entanto, ainda há dificuldades com a atenção à saúde da criança e da mulher, sugerindo a necessidade do gerenciamento integrado da Vigilância à Saúde.

A atuação da Vigilância Sanitária em escolas públicas de Colider foi estudada por Denise Pontes Duarte. A equipe da Vigilância Sanitária mostrava-se atuante e capacitada. As escolas urbanas têm abastecimento de água e coleta de lixos regulares. No entanto, há necessidade do controle da qualidade da água de poço das escolas rurais que já vem adotando práticas de compostagem para o lixo orgânico. Embora Colider tenha rede coletora de esgoto, tem sido baixa a sua utilização pela população e escolas, devido aos valores cobrados pela Concessionária. O tema estudado por Andréia Moreira de Andrade foi o trabalho cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde de equipes de saúde da família, em Barra do Garças. Os agentes realizam atividades preventivas junto às famílias e comunidades e acompanham os usuários em tratamento. Executam atividades administrativas nas Unidades. No entanto, as situações mais desafiadoras a estes profissionais referem-se à exposição das famílias a riscos sociais que demandam intervenções de políticas sociais mais abrangentes.

A cobertura de testagem de HIV em gestantes em Cuiabá foi analisado por Herondina Moreira Tavares Couto. O número de gestantes, cadastradas no SISPRENATAL em Cuiabá 2007, foi de 4818 e 40,5% realizaram testes de sorologia para HIV. As demais (59,5%) desconheciam a sua condição sorológica, significando perda de oportunidade no controle da transmissão vertical e na redução de crianças infectadas por transmissão materna. Daiana de Araujo da Silva estudou a cobertura de exames citológicos de colo de útero em Colider, destacando a qualidade e capacitação das equipes, assim como, as atividades realizadas em horários especiais, visando ampliar a cobertura de prevenção de câncer de colo de útero. Essas iniciativas ampliaram o percentual de mulheres que realizaram os exames entre 2005 e 2007, no entanto os resultados foram insuficientes para alcançar a meta estabelecida pelo Ministério.

As estratégias de articulação entre os níveis de atenção à saúde são abordadas por Djanira Amaral Lograd o e por Viviane Franchini Fagundes sob as-

pectos distintos. Djanira analisa o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sul (CORESS) que vem respondendo às demandas por serviços especializados e de média complexidade dos 19 municípios partícipes do CORESS e explicita a tendência dos municípios de transferirem para o Consórcio responsabilidades para além daquelas pactuadas. Viviane estudou a articulação entre os níveis de atenção à saúde aos Bororos da Terra Indígena Merure, que embora não obedeça ao fluxo formal, segue outro, que tem como foco a experiência dos profissionais de saúde e a satisfação do usuário. Analisando ainda articulação entre os níveis de atenção, destaca-se o trabalho de Maria Silva Souza que discute as características do atendimento do Pronto Socorro de Barra do Bugres. Identifica que 80% dos atendimentos poderiam ser realizados nas Unidades da Saúde da Família, concluindo que a população ao "se sentir doente" requer intervenção imediata, predominando a cultura do hospital, em detrimento das ações preventivas, indicando necessidade de fortalecer a comunicação em saúde.

As análises de experiências de fortalecimento do Sistema Único de Saúde são apresentadas por Ana Paula Louzada dos Anjos, Patrícia dos Santos Arruda e Rodolfo Bezerra Benevides ao abordarem distintas instituições. Ana Paula estuda a implementação da Rede de Apoio ao SUS, criada pelo COSEMS, em 2003. É uma rede flexível, compartilhada, um espaço de articulação, que busca assessorar técnica e politicamente a gestão do SUS municipal. A Rede enfatiza a capacitação permanente dos seus membros e o COSEMS foi o propositor dos Cursos de Especialização de Gestão, cujo desenvolvimento contribuiu para um crescimento expressivo da Rede e no apoio à construção do SUS municipal. Patrícia resgata a trajetória do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde da UFMT, criado em 1984, embrião do atual Instituto de Saúde Coletiva. Descreve o primeiro projeto interdisciplinar de pesquisa em saúde pública, no âmbito do POLONOROESTE e recupera a atuação do Núcleo na elaboração do Capítulo da Saúde das constituições estadual e municipais, em 1989 e 1990, respectivamente. Rodolfo escolheu como objeto de estudo a implantação dos dois primeiros cursos de especialização em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde, constrói o perfil dos 70 alunos matriculados que atuavam na área de planejamento e gestão (57,1%) e na Assistência e Vigilância em Saúde (44%), oriundos de 13 Microrregiões de Saúde de Mato Grosso. Analisa o alcance do curso em responder ao processo de educação permanente, em aperfeiçoar práticas de gestão e em organizar os serviços de saúde.

Theodoro Carlos Magalhães Pinto abordou as demandas à Ouvidoria Municipal do SUS em Água Boa. As queixas, em sua maioria, se referiam aos recursos humanos: desrespeito ao usuário e à qualidade do atendimento. O "Tratamento Fora do Município" ocupou o segundo lugar entre as reclamações relacionadas ao mau acolhimento em Cuiabá e às condições de hospedagem. Ao solucionar 78,6% dos problemas, a Ouvidoria vem fortalecendo o exercício da cidadania. Ale-

xandre Marchezon Mingarelli analisou o potencial das ferramentas do "*Business Inteligence*" como recursos de conversão dos Sistemas de Informação do SUS em instrumento de gestão. Os Sistemas de Informação do Ministério são bancos de dados verticalizados, fragmentados, que não conversarem entre si e se alicerçam na lógica do faturamento e do controle financeiro. Essas condições são restritivas ao uso desses Sistemas na gestão do SUS. As ferramentas analisadas fornecem os resultados sistêmicos, conforme as necessidades dos gestores, podendo embasá-los na tomada de decisões.

As monografias e os resumos (última seção) apresentados abordam questões que desafiam a gestão e a implantação dos sistemas locais de saúde, ao mesmo tempo refletem experiências, esforços de gestores e profissionais do SUS na busca de uma atenção à saúde que expresse os direitos à atenção universal, resolutiva e integral centrada no cidadão. A experiência dos cursos de Especialização em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde aqui relatada é parte de um conjunto mais amplo de atividades de cooperação técnica entre Academia e Serviços, tendo como foco o fortalecimento do SUS sob diversos aspectos, nucleando a pesquisa, o ensino e a extensão, que expressam o compromisso social do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT com o desenvolvimento de Mato Grosso.

Cuiabá, 30 de maio de 2011

Maria Angélica dos Santos Spinelli
Doutora em Saúde Coletiva, docente do Departamento de Saúde Coletiva/Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos de Mato Grosso/Núcleo de Desenvolvimento em Saúde/ISC-UFMT

APRESENTAÇÃO

O senhor ... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.
(Guimarães Rosa)

Esta publicação materializa a primeira iniciativa viabilizada pela Estação "Saúde, Trabalho e Cidadania" da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), vinculada à Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH), apoiada pela Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde.

A obra cumpre o propósito de divulgar os resultados da avaliação do processo de implementação de um curso de especialização voltado para a formação de gestores municipais de saúde - o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSSS) -, conduzido pela parceria firmada entre uma instituição de ensino - o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC-UFMT) - e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS). No momento da avaliação, o curso contava com três turmas concluídas e uma em andamento.

A avaliação dessa experiência, a partir do olhar de sua clientela e de seus agentes implementadores, aponta para uma experiência bem-sucedida de integração ensino-serviço, com características inovadoras e adequadas à realidade da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso.

Também, explicita os aspectos positivos e negativos do processo de implementação do referido curso, representando um subsídio importante para o aprimoramento da formação dos gestores e das equipes gestoras do SUS, diante da perspectiva de continuidade da parceria interinstitucional estabelecida em Mato Grosso e em outros contextos similares ao estudado.

Além disso, o livro socializa parte da produção dos alunos do curso, através de textos selecionados e dos resumos de suas monografias, estruturando-se, dessa forma, em três partes. Na primeira, intitulada "A formação dos gestores municipais de saúde: avaliação de uma experiência", apresentam-se os resultados da pesquisa avaliativa, subdividindo-se em cinco seções. A introdução, na qual se situam o objeto, a justificativa e os objetivos da avaliação. A segunda seção, na qual se delineia o desenho do curso, ou seja, a caracterização da intervenção

analisada, expressa pelo projeto pedagógico e pelo modelo lógico. A terceira, na qual se expressam os referenciais teóricos, metodológicos e os procedimentos da operacionalização da investigação. A quarta, na qual se descrevem as instituições diretamente envolvidas na implementação do CGSSS - o ISC e o COSEMS. A quinta seção, na qual se evidenciam os resultados da pesquisa, apresentando-os e discutindo-os em três dimensões: (1) *política e institucional*, desdobrada nas subdimensões: parceria institucional e financiamento; (2) *pedagógica organizacional* com a subdimensão do processo de implementação do curso; e (3) *desempenho do curso* que contemplou as subdimensões dos resultados (quanti e qualitativos) e repercussões do curso. Em todas elas foram caracterizados e analisados os pontos fortes e os fatores obstaculizadores dessa experiência compartilhada, tecendo-se, ainda, as recomendações cabíveis. Por fim, citam-se as considerações gerais, elaboradas a partir do cotejamento dos objetivos e resultados encontrados, finalizando-se com as recomendações próprias das pesquisas avaliativas.

A segunda parte, denominada "A produção dos alunos do curso: textos selecionados", compõe-se de quinze textos selecionados das monografias elaboradas pelos alunos do CGSSS. A chamada para a submissão dos manuscritos estendeu-se a todos os estudantes certificados no curso, tendo os materiais sido avaliados por uma comissão científica composta por docentes vinculados ao ISC que não participavam como coautores dos documentos apresentados.

No processo de seleção dos trabalhos, pretendeu-se contemplar o maior número de produções que expressassem a diversidade temática tratada no curso e com a qual normalmente se depararia uma equipe gestora do SUS, no âmbito dos municípios de Mato Grosso.

Essa diversidade expressa-se, também, na terceira parte do livro, "A produção dos alunos do curso: resumos das monografias", que traz a síntese das produções dos egressos das quatro turmas do CGSSS.

Em geral, observou-se que, coerente com a lógica do curso, as monografias desenvolvidas versaram sobre demandas vivenciadas pelos alunos nos seus municípios de atuação. Por esse motivo, não raro o objeto de investigação desses educandos consistiu em aspectos de sua prática gestora.

Nessas situações, o levantamento dos dados deu-se em especial no ambiente de trabalho do aluno e mediante o estabelecimento de situações de interação entre esse sujeito e a equipe com a qual compartilhava a sua rotina de trabalho. Nessa perspectiva, o local de serviço passou a ser uma extensão do ambiente no qual o curso se desenvolveu, um campo de estágio, bem como um laboratório de práticas profissionais, de reflexão, de experimentações e de buscas por respostas aos desafios do dia a dia do SUS, em toda a sua complexidade.

A dificuldade percebida na orientação dos discentes, declarada por alguns orientadores, resumiu-se na necessidade de o aluno/gestor afastar-se do seu objeto

de prática (e também de estudo) para exercitar a busca da (ainda que relativa) neutralidade na investigação.

Ainda assim, provavelmente, as análises tecidas nesses artigos estejam, em algum grau, contaminadas pelo viés do pesquisador/sujeito implicado com o objeto analisado, a despeito dos esforços empreendidos. Se, por um lado, tais textos podem padecer desse constrangimento, valorizam-se, em outra medida, quando oportunizam a sistematização das realidades do SUS municipal vividas, registradas sob a ótica de seus gestores, constituindo, em alguns casos, o primeiro registro, na área da saúde pública, do município do interior do Estado.

Pode-se afirmar que o programa (o CGSSS) desenvolvido alcançou parcialmente os objetivos que orientaram sua implementação, formando 103 gestores (eficiência técnica). Segundo os *stakeholders* envolvidos (decisores, implementadores e alunos do curso), foi essa uma experiência bem-sucedida, ainda que aspectos a serem aprimorados tenham sido identificados.

A continuidade da parceria interinstitucional estabelecida e o fortalecimento da Rede de Apoio do SUS em Mato Grosso (vinculada ao COSEMS/MT) indicam, em alguma medida, sua eficiência social. Conclui-se que o programa, para além de uma vivência acadêmica, instaurou um processo de integração ensino-serviço, político e pedagógico, articulando um encontro de diferentes instituições e sujeitos com compromissos comuns, proporcionando a qualificação de gestores e a aprendizagem institucional.

Finalmente, destaque-se que a elaboração e o desenvolvimento do CGSSS, sua avaliação e o registro de sua produção constituíram processos coletivos de trabalho que não se efetivariam sem a colaboração das instituições e sujeitos. Cabe ressaltar, ademais, a colaboração indeclinável da Prof.ª Sandra Maria Coelho Martins (UNISELVA) na viabilização desta publicação. A ela, em especial, e a todos os que, de alguma forma, compartilharam ou apoiaram as diferentes etapas desses processos, o nosso sincero agradecimento.

As organizadoras.

SUMÁRIO

PARTE I - A FORMAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA 15
Elisete Duarte, Reni A. Barsaglini, Lydia Maria Bocayuva Tavares, Maria Salete Ribeiro

PARTE II - A PRODUÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO: TEXTOS SELECIONADOS 89

O projeto Rede de Apoio ao Sistema Único de Saúde em Mato Grosso: uma estratégia para o fortalecimento dos sujeitos locais e regionais 89
Ana Paula Louzada dos Anjos, Fátima A. Ticianel Schrader

Consórcio Regional de Saúde na região Sul de Mato Grosso: instrumento de cooperação do Sistema Único de Saúde 105
Djanira Amaral Lograd, Luisa Guimarães Queiroz

Estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de atenção à saúde do povo Bororo na Terra Indígena Merure 115
Viviane Francischini Fagundes, Maria Clara Vieira Weiss

Municipalização da saúde em Acorizal - Mato Grosso, de 1998 a 2004: um processo de fortalecimento das decisões locais 129
Sandro M. Corrêa Taques, Maria José Vieira Silva, Júlio Strubing Müller Neto

A municipalização do Sistema Único de Saúde do município de Matupá - Mato Grosso 143
Meyre Aparecida Pereira de Assunção, Lydia Maria Bocayuva Tavares

Caracterização dos atendimentos da ouvidoria do Sistema Único de Saúde do município de Água Boa, Mato Grosso 159
Theodoro Carlos Magalhães Pinto, Simone Carvalho Charbel

Utilização de novas tecnologias da informação como solução de apoio à tomada de decisão 171
Alexandre Marchezoni Mingarelli, Ligia Regina de Oliveira

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde: contribuição à formação de gestores municipais em Mato Grosso 189
Rodolfo Bezerra Benevides, Lydia Maria Bocayuva Tavares

Núcleo de Desenvolvimento em Saúde: a construção de novas práticas, 1984-1992 205
Patrícia dos Santos Arruda, Nina Rosa Ferreira Soares

Descrição dos atendimentos realizados pelo pronto-socorro de um hospital municipal à luz do modelo técnico-assistencial vigente no sistema local de saúde 217
Maria Silva de Souza, Maria Angélica dos Santos Spinelli, Paulo Cesar de Souza

Caracterização da Vigilância em Saúde no município de Guarantã do Norte, Mato Grosso 231
Líris Madalena Werle de Lemos, Ricardo Luiz Chagas

Atuação da Vigilância Sanitária em estabelecimentos de ensino no município de Colider, Mato Grosso 247
Denise Pontes Duarte, Ricardo Luiz Chagas

O cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde em Barra do Garças, Mato Grosso 259
Andréia Moreira de Andrade, Elisete Duarte

Cobertura de testagem do *Human Immunodeficiency Vírus* em gestantes cadastradas no Sistema de Informação do Pré-Natal de Cuiabá, Mato Grosso, no ano de 2007 275
Herondina Moreira Tavares Couto, Maria Virginia Meirelles

Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no município de Colíder, Mato Grosso 289
Daiana Araújo da Silva, Valdete Marques Arnaut Antiqueira

PARTE III - A PRODUÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO: RESUMOS DAS MONOGRAFIAS 303

PARTE 1

A FORMAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes. (Paulo Freire)

PARTE I - A FORMAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA [1]

Elisete Duarte [2]
Reni A. Barsaglini [2]
Lydia Maria Bocayuva Tavares [3]
Maria Salete Ribeiro [4]

INTRODUÇÃO

Em função do processo de descentralização e municipalização ocorrido no país nas últimas décadas, os municípios tiveram que se adequar às novas atribuições que lhes foram delegadas no momento em que passaram a assumir a responsabilidade plena da gestão dos sistemas municipais de saúde. Nesse sentido, há que se implementar uma política de cooperação técnica com esse nível de governo, visando ao fortalecimento da capacidade de condução dos sistemas e serviços de saúde dentro dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as prioridades de cooperação, destaca-se a necessidade de formação permanente dos recursos humanos do SUS, em busca do aprimoramento da capacidade administrativa, gerencial e diretiva das equipes municipais, de modo que possam concretizar as estratégias de promoção da saúde e garantir a integralidade das ações empreendidas nessa direção.

Em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Ministério da Saúde (MS) concebeu um projeto para a indução da formação dos gestores municipais de saúde, com vistas à adesão das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde do país.

---

1 Pesquisa desenvolvida com o apoio financeiro captado pela Estação Saúde, Trabalho e Cidadania do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso (NDS/ISC/UFMT), vinculada à Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (OPAS/MS). Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT). Av. Fernando Correa s/n, Coxipó - Cuiabá/MT. CEP: 78000-900. Autor correspondente: elisete.duarte@terra.com.br.

2 Docente do Departamento de Saúde Coletiva do ISC/UFMT.

3 Médica do Ministério da Saúde e pesquisadora e associada ao NDS/ISC/UFMT.

4 Assessora do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS/MT) e docente do Departamento de Serviço Social da UFMT.

Em Mato Grosso, esse processo vem se concretizando, desde 2004, através da parceria estabelecida, formal e institucionalmente, entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS), articulando, na atualidade, além da realização do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSSS), outros mecanismos de cooperação técnica.

O curso de especialização, cujo projeto foi redesenhado e adaptado pelo COSEMS e pelo ISC, a fim de melhor adequação à realidade dos municípios mato-grossenses, foi o objeto da pesquisa aqui apresentada. Trata-se de um estudo avaliativo desenvolvido com o objetivo de responder às seguintes questões: como o processo de implementação do curso é avaliado na percepção de seus implementadores e clientela alvo? Quais fatores atuaram como facilitadores e/ou obstaculizadores nessa experiência compartilhada? Quais pontos/aspectos se destacam em relação à parceria estabelecida e ao curso propriamente?

Diante disso, foi proposto como objetivo geral deste trabalho avaliar o CGSSS através dos agentes e dos beneficiários (alunos e egressos) envolvidos na implementação das suas quatro turmas, atualmente finalizadas. Para tanto, foram definidos como objetivos específicos:

- avaliar o processo de implementação do curso nas suas dimensões político-institucional (parceria e financiamento), pedagógico-organizacional (aspectos da implementação propriamente dita) e quanto ao seu desempenho (resultados e repercussões);

- analisar os fatores facilitadores relacionados à parceria e ao curso que contribuíram para a consecução dos resultados favoráveis;

- analisar os fatores obstaculizadores da implementação do CGSSS nas respectivas dimensões.

Os desafios colocados pela gestão do SUS, decorrentes do processo de descentralização e da permanente negociação intergestores, torna-se uma realidade ainda mais complexa em Mato Grosso, considerando-se a deficiência quantitativa de recursos humanos qualificados na área. De fato, alguns cursos já foram ofertados, tanto por instituições públicas quanto privadas, objetivando a formação de gestores em saúde no Estado. No entanto, características do CGSSS apontam para um processo de inovação em sua concepção e gestão, bem como evidências sobre suas repercussões fizeram com que o curso tenha sido eleito para passar por uma avaliação sistemática.

Com foco na sua utilização, os resultados parciais desta avaliação já foram apresentados em dois eventos específicos. Na primeira ocasião, foram discutidos com a supervisão dos cursos *lato sensu* do ISC no momento da reformulação das Turmas V e VI. O debate tanto ofereceu subsídios para o planejamento dos novos cursos como consistiu em um mecanismo de validação interna dos resultados e das

análises realizadas pelo grupo de pesquisa. Na outra oportunidade (abril de 2010), o estudo foi apresentado quando do lançamento do *site* da Estação de Trabalho Saúde, Trabalho e Cidadania, da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH), vinculada ao Núcleo de Desenvolvimento em Saúde/ISC-UFMT. Assistiram à apresentação, além de docentes e técnicos do ISC e convidados, os alunos egressos do CGSSS que participaram como sujeitos da pesquisa realizada. Cumprindo o compromisso assumido junto à Estação de Trabalho, a pesquisa ainda será divulgada nos espaços de mídia da ObservaRH. A disseminação da informação produzida é a condição primeira para a sua apropriação e uso, particularmente no que se refere às melhorias do próprio programa.

2 - O DESENHO DO CURSO

Uma das formas possíveis de se levantar hipóteses e pressupostos para a realização de uma pesquisa avaliativa é elaborar o modelo teórico do programa a ser avaliado. Modelo teórico é adotado aqui como sinônimo das várias terminologias usadas para sua descrição (modelo lógico, modelo hipotético causal, modelo explicativo ou simplesmente a lógica do programa) (HARTZ; VIEIRA DA SILVA, 2005). Trata-se da representação sintética da série de eventos que se articulam para o alcance dos objetivos propostos e dos efeitos esperados. Em sua elaboração, são explicitadas as dimensões do programa, as relações entre os elementos essenciais que o compõem, estabelecendo uma hierarquia e indicando as relações de causalidade pressupostas com vistas à obtenção dos resultados desejados.

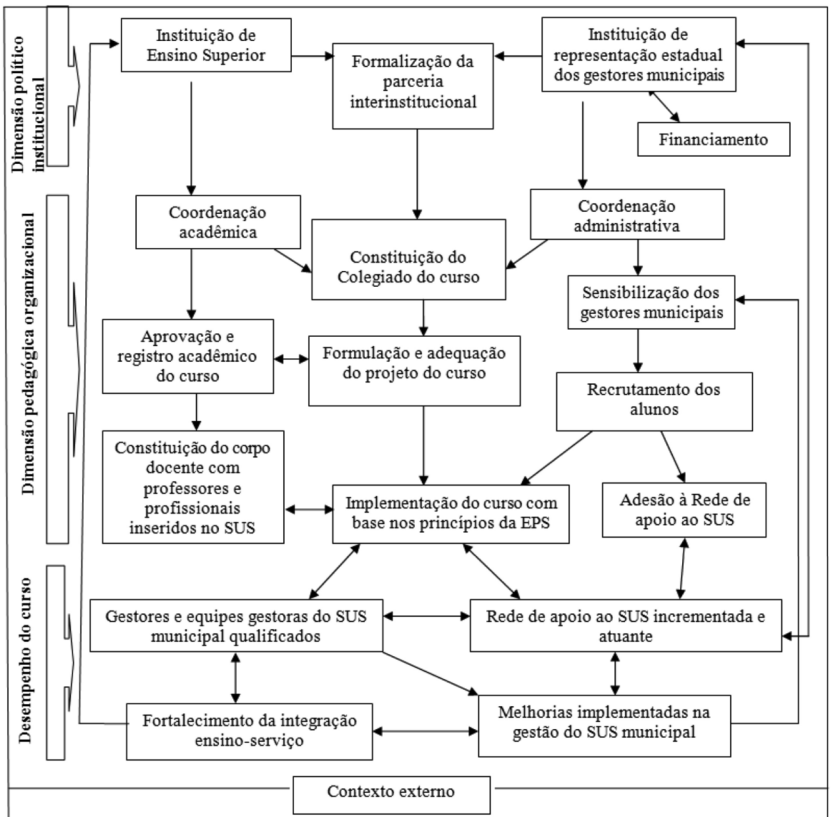
O modelo teórico do programa de formação de especialistas em foco foi elaborado e submetido à análise dos coordenadores do curso variadas vezes, até sua representação ter sido considerada o diagrama síntese da lógica do programa, explicitando a organização dos recursos e articulação das atividades que, em tese, condicionam os resultados esperados, conforme representado na Figura 1.

O modelo teórico utilizado no estudo é fruto da parceria estabelecida entre o COSEMS e o ISC para, mediante a captação de apoio financeiro e da mobilização de uma série de recursos e atividades, desenvolver a formação dos gestores municipais da saúde com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS). Essa teia de articulações explicitada na Figura 1, deve, na lógica que informa a proposição do programa, condicionar o fortalecimento da gestão municipal em saúde, ao mesmo tempo em que efetiva a Rede de Apoio do SUS (Rede), num movimento sinérgico potencializador dos efeitos do programa.

A representação gráfica da lógica do programa demonstra a complexidade e a trama das relações representadas por setas, algumas com sentido duplo, pres-

supondo que o processo de formação recria-se na medida em que se dá sua implementação, resultante da interação dos atores envolvidos diretamente no processo. Ainda, reconhece que os fatores do contexto externo devem ser considerados, pois podem também interferir no desenho original do curso. Essas características de mobilidade de fluxos e relações foram contempladas no planejamento do CGSSS, que pretendeu ser "diferente" e capaz de impactar, em última instância, a qualidade do SUS em todo o Estado.

Figura 1 - Modelo teórico do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde


Dimensão político institucional
Dimensão pedagógica organizacional
Desempenho do curso
Instituição de Ensino Superior
Formalização da parceria interinstitucional
Instituição de representação estadual dos gestores municipais
Financiamento
Coordenação acadêmica
Constituição do Colegiado do curso
Coordenação administrativa
Sensibilização dos gestores municipais
Aprovação e registro acadêmico do curso
Formulação e adequação do projeto do curso
Recrutamento dos alunos
Constituição do corpo docente com professores e profissionais inseridos no SUS
Implementação do curso com base nos princípios da EPS
Adesão à Rede de apoio ao SUS
Gestores e equipes gestoras do SUS municipal qualificados
Rede de apoio ao SUS incrementada e atuante
Fortalecimento da integração ensino-serviço
Melhorias implementadas na gestão do SUS municipal
Contexto externo

Fonte: Construção das autoras.

O CGSSS teve como pressuposto pedagógico a reflexão teórico-crítica, visando instrumentalizar os alunos para efetuar mudanças no modo de realização do trabalho cotidiano em saúde e, dessa forma, buscando a formação de um novo sujeito, comprometido com a transformação das práticas de gestão, de atenção, com o educar em saúde e com o controle social. Essa perspectiva teve como referência a EPS, compreendida como

[...] Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho [...] Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2009, p. 20).

Nessa concepção, o papel educativo é inerente a qualquer indivíduo e pauta-se na "aprendizagem significativa", que "[...] ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe [...]", propiciando, assim, o diálogo entre o saber técnico e o saber cotidiano, ou seja, a experiência (BRASIL, 2005, p. 13). Assim, para a produção de mudanças nas práticas de gestão e de atenção, é fundamental que se estabeleça um diálogo com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las - não no nível do abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe - e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral e de qualidade. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS possibilita pensar o trabalho, a educação e, ao mesmo tempo, a produção do mundo, sendo sua lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar.

Em síntese, pode-se afirmar que a EPS se fundamenta nos processos educativos dos atores da saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, além da transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, a partir da problematização do processo de trabalho.

3 - O DESENHO DA AVALIAÇÃO DO CURSO

O estudo desenvolvido caracteriza-se como pesquisa avaliativa e, como tal, compreende julgamento de valor de uma intervenção (política, programa, ação) que possibilita analisar "[...] a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente como o objetivo de ajudar na tomada de decisões." (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 37).

Assim, adotou-se o tipo de avaliação de análise de implementação de uma dada intervenção, no caso o programa de formação de especialistas expresso pelo CGSSS, desenvolvido mediante a parceria estabelecida entre o ISC e o COSEMS.

A avaliação de políticas públicas pode se referir tanto a análises sobre a natureza do Estado e do poder político, quanto aos estudos sobre os programas e a sua implementação (VIEIRA DA SILVA, 2005). Adota-se aqui o entendimento

de que um programa (ou uma intervenção) corresponde a um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) que, inseridos em um contexto específico e em um dado momento, se organizam para a produção de bens ou serviços destinados ao enfrentamento de um determinado problema (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Nesse sentido, a avaliação produz informações de natureza formativa ou somativa quando enfoca as etapas e os procedimentos da implementação, ocupando-se com aspectos da formação e funcionamento de um programa ou política pública; ou quando se refere a etapas posteriores a sua implementação, interessada na efetividade traduzida pelo grau de sucesso em relação aos resultados pretendidos, respectivamente (MARTES *et al.*, 1999).

A avaliação formativa e a somativa não são excludentes entre si (MARTES *et al.*, 1999); ao contrário, retroalimentam-se, articulando-se complementarmente, como ocorrido nesta pesquisa, que aborda o curso em seus distintos tempos de desenvolvimento, sendo estes representados pelas duas turmas concluídas (I e II) e duas em fase de conclusão de monografia (III e IV), identificando suas características, o seu grau de implementação, seus efeitos e a influência do contexto imediato e mais amplo no qual se inseriu. Expressam, assim, as modalidades *ex post* e *ex ante* da pesquisa avaliativa, respectivamente.

Recusa-se aqui a noção de implementação como etapa subsequente à formulação, entendendo-a como processo autônomo no qual decisões cruciais são tomadas e não só operacionalizadas (SILVA; MELO, 2000). Assim, mais do que instrumento de "correção de rota", a avaliação de implementação pode subsidiar constantes reformulações, ajustes, rearranjos e redirecionamentos enriquecidos por um processo de aprendizagem - *policy learning* (SILVA; MELO, 2000) -, seja pessoal ou institucional, favorecendo o aprimoramento do próprio programa.

Essa dimensão pedagógica da avaliação de implementação amplia a sua função de contribuir com a prática cotidiana de gestão na tomada de decisão, pressupondo que não há uma relação direta e linear entre esses termos (avaliação/tomada de decisões), mas ambos operam juntos por razões que vão além das evidências técnicas, o custo e a efetividade (MARTINIC, 1997) envolvidos no processo decisório. No contexto dessa tensão entre as racionalidades técnica e política, inerentes à complexidade que envolve essa iniciativa no âmbito das intervenções sociais, a avaliação pode participar na formação do juízo, dos critérios ou da argumentação que sustentam uma decisão.

Não obstante, a avaliação sustentada no tempo pode produzir conhecimentos, melhores desenhos de intervenções e maior qualidade em seus resultados, o que, porém, requer a participação e cooperação da equipe executora do projeto ou programa na avaliação de sua própria experiência (MARTINIC, 1997).

Patton (1997) argumenta que a chave para os resultados de uma avaliação

ser útil é o envolvimento dos agentes que se mostram dispostos a aprender com ela (a quem importa?). Nesse sentido, foram identificados os potenciais usuários da avaliação do CGSSS, tal como demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1 - Usuários potenciais dos resultados da avaliação do curso

Usuários Potenciais	Papel no curso	Interesse na avaliação do curso	Uso provável dos resultados
Ministério da Saúde	Apoio financeiro para o desenvolvimento do programa e para a sua avaliação	Compreender as especificidades de um projeto de qualificação voltado para a formação de gestores do SUS, desenvolvido em parceria.	Apoiar outras experiências com características inovadoras de integração ensino-serviço.
COSEMS/MT	Protagonista da proposição do programa e parceiro do ISC na sua implementação	Compreender o processo de estabelecimento da parceria e a implementação do programa.	Aprimorar a relação interinstitucional e as estratégias de formação dos gestores do SUS municipal.
ISC/UFMT	Parceiro do COSEMS no desenvolvimento do programa e certificador dos alunos	Compreender o processo de estabelecimento da parceria e a implementação do programa.	Aprimorar a relação interinstitucional e as estratégias de formação dos gestores do SUS municipal.
Fundação UNISELVA	Responsável pelo processamento de parcela dos recursos financeiros do programa	Compreender o processo de captação e implementação do financiamento do curso.	Aprimorar as ações de controle e execução financeira relacionadas aos programas com as características similares ao avaliado.
Supervisão dos programas *lato sensu* do ISC/UFMT	Monitoramento e acompanhamento do programa	Compreender o processo de implementação do programa.	Aprimorar o programa e incorporar o aprendizado institucional para a proposição de outros cursos.
Coordenadores do curso	Coordenação da implementação do programa	Compreender o processo de implementação do curso e reconhecer seus resultados.	Identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a implementação, mobilizando para a mudança de rotinas e normas necessárias ao aprimoramento do programa.
Docentes do curso	Implementadores do curso	Identificar os pontos fortes e das fragilidades do processo pedagógico.	Ajustar práticas e rotinas afinadas com o delineamento do programa, que reforçem seus aspectos positivos e adoção de estratégias de ensino aprendizagem que busquem a superação das fragilidades identificadas no processo pedagógico
Alunos e egressos	Clientela alvo beneficiária do programa	Compreender a implementação do curso que frequentou, identificando aspectos que facilitaram ou obstaculizaram a qualificação.	Refletir sobre o seu processo de qualificação e sobre as repercussões da aplicação dos conhecimentos adquiridos na realidade do SUS onde atua.
Estação de Trabalho "Saúde, Trabalho e Cidadania" do NDS*/ISC	Apoiador da avaliação do programa	Compreender o processo de estabelecimento da parceria e a implementação do programa.	Disseminar os resultados da avaliação e apoiar outros estudos que avaliam processos inovadores de formação de recursos humanos voltados para o SUS.

Nota: Construção das autoras.

*Núcleo de Desenvolvimento em Saúde

Com o propósito de produzir resultados que se mostrassem úteis, os principais interessados na avaliação (*stakeholders*) foram identificados e participaram desde a definição do foco da avaliação até a sua execução e a disseminação dos resultados. Além desses agentes, foi incorporada à equipe responsável pelo estudo uma pesquisadora externa, o que caracteriza esta pesquisa como uma avaliação mista (COHEN; FRANCO, 2004).

A abordagem metodológica utilizada é a do estudo de caso único (YIN, 2001), baseada na teoria que informa o programa (modelo teórico) para compará-la à realidade empírica observada. Esse estudo toma como sua unidade de análise o programa de formação dos especialistas em gestão de sistemas e serviços de saúde, desenvolvido pelo ISC em parceria com o COSEMS, e seus componentes.

3.1 O trabalho de campo: sujeitos da pesquisa, tipos de dados e técnicas de coleta

Os dados foram coletados no período de abril a novembro de 2009, compreendendo aspectos quantitativos e qualitativos. Haja vista a conveniência da triangulação na pesquisa avaliativa (MINAYO, 2005), valeu-se de fontes (primárias e secundárias) e de técnicas variadas, tais como:

- **entrevista**: orientada por um roteiro semiestruturado e aplicada aos implementadores;

- **questionário**: predominantemente estruturado, autoaplicável, dirigido aos alunos (todos os concluintes do curso, independentemente da sua situação final como aperfeiçoados ou especialistas). Para a construção do instrumento, buscou-se subsídio nos questionários desenvolvidos por Duarte (2001) para avaliação de outros cursos de especialização realizados em regime de parceria interinstitucional. O instrumento incluiu o levantamento do perfil da clientela do curso (dados demográficos sobre a formação e atuação profissional), a avaliação do processo de implementação do curso e a percepção quanto às repercussões da formação para a vida pessoal, para os serviços e para o sistema de saúde. O questionário foi submetido à análise dos envolvidos na avaliação.

- **documentos**: consistiram dos registros formais produzidos pelas instituições envolvidas no programa, tendo se mostrado útil e esclarecedor dos aspectos mais objetivos do curso, permitindo, ainda, situar os acontecimentos temporalmente, como no caso das fichas de matrícula dos alunos (complementou variáveis relacionadas ao perfil não contempladas no questionário); do projeto do curso (as versões submetidas a adequações ao longo da execução e possibilitou caracterizá-lo em relação aos seus propósitos formais e desenho pedagógico); do termo de cooperação técnica; e da carta acordo e contrato de prestação de serviço, firmados entre as instituições parcerias e entre estas e as apoiadoras externas que indicaram o grau

de formalização dessas relações, o conteúdo dos acordos, bem como as atribuições institucionais estabelecidas e as condições em que se deu o financiamento do curso (montante, aditivos, gestão dos recursos repassados).

Quanto aos sujeitos da pesquisa, o Quadro 2 explicita sua caracterização e distribuição por segmento e inserção no curso:

Quadro 2 - Caracterização e distribuição dos sujeitos da pesquisa, por segmento

Segmentos	Função/inserção no curso	nº de sujeitos da pesquisa
1 Implementadores	**a) Decisor:** - Central: presidente do COSEMS e diretor do ISC - Intermediário: responsável pela articulação inicial junto às instituições envolvidas	03
	b) Coordenador: - Responsável pela Coordenação Técnica e Pedagógica em cada uma das quatro turmas do curso	04
	c) Docente: - Responsável por módulo e disciplinas do curso	04
	d) Membro do Colegiado - Representante discente (Turmas III e IV)	02
Subtotal		13*
2 Alunos	- Egressos da Turma I	11
	- Egressos da Turma II	14
	- Matriculados da Turma III em fase de elaboração de monografia	12
	- Matriculados da Turma IV em fase de elaboração de monografia	11
Subtotal		48**
Total geral de participantes		61

Nota: Construção das autoras.
* da estimativa inicial, houve perda de apenas um informante (docente).
** as respostas obtidas corresponderam a 40,7%; 51,9%; 46,2% e 47,8% dos alunos concluintes (especialistas e aperfeiçoados) das Turmas I, II, III e IV, respectivamente.

No segmento dos implementadores, os subgrupos diferenciam-se pelas respectivas atribuições e pelos níveis de decisão, encontrando-se esses agentes aqui relacionados pela posição mais alta que ocupam na hierarquia institucional, ainda que a maioria deles conciliasse diferentes posições ao longo do desenvolvimento do curso (dirigentes institucionais, professores, coordenadores, orientadores, membros do colegiado do curso). Dos doze participantes implementadores inicialmente previstos, não foi possível entrevistar um (docente) por incompatibilidade de agenda

nos três contatos realizados. Ao longo do processo de coleta, foram incluídos dois representantes discentes no Colegiado de Curso (Turmas III e IV), pelo fato de se constituir importante e acessível fonte de dados sobre o desenvolvimento do CGSSS.

Ressalta-se que grande parte dos implementadores entrevistados atuou, também, no Colegiado de Curso, na docência e na orientação das monografias dos alunos das quatro turmas, fato esse positivo, porque pressupõe o envolvimento dos sujeitos com o curso, propiciando-lhes uma visão mais ampla e a compreensão dos seus propósitos, bem como do *modus operandi* do programa desenvolvido.

Igualmente se destaca que, nesse segmento, os componentes mesclam-se quanto à natureza da instituição a que se vinculam - de ensino (ISC) ou da saúde (SUS: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, Secretaria Estadual de Saúde - SES, MS, COSEMS), o que se mostra coerente com a proposta do curso. De modo geral, são mais de dez anos de experiência nas suas funções, ou, melhor dizendo, grande parte deles possui mais de vinte anos de atuação, indicando experiência acumulada no ensino e nos serviços e sistemas de saúde, e, especificamente, a maioria acumula prática em gestão, pela inserção anterior na administração dos sistemas municipais ou estadual de saúde em Mato Grosso. Com formação básica variada e predominante na área de saúde, possuem pós-graduação em Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou Saúde e Ambiente (especialização, mestrado ou doutorado).

Quanto aos alunos, os questionários foram enviados para todos os concluintes do curso, incluindo os titulados especialistas e aqueles que concluíram as disciplinas ministradas e não elaboraram suas monografias (os aperfeiçoados). A exclusão dos desistentes do curso deveu-se ao fato de estes já não mais morarem no município ou mesmo no Estado, de sorte que a localização deles seria inviável do ponto de vista operacional.

O retorno de 48 questionários, correspondendo a 46,5% do total de 103 enviados, confirma a dificuldade comum a esse tipo de coleta (Tabela 1). Para a obtenção dessas respostas, foi feito um primeiro contato, via telefone e correio eletrônico, por um bolsista de iniciação científica envolvido no projeto, bem como se procurou distribuir o questionário em ocasiões nas quais parte dos alunos se encontrava reunida em Cuiabá, em cumprimento de compromissos relacionados a sua função no município de origem. Contudo, diante do baixo retorno, adotou-se como estratégia de sensibilização o contato telefônico com dois ex-coordenadores do curso, mas ainda fortemente vinculados a ele, tendo-se realizado, no mínimo, três tentativas, por meio das quais se chegou ao resultado final. Embora haja respondentes de todas as quatro turmas do CGSSS, o número total de participantes por turma (Tabela 1) não permitiu a sua análise comparativa, razão pela qual os dados extraídos dos questionários foram apresentados e analisados de forma agregada.

Tabela 1 - Distribuição (absoluta e percentual) dos questionários recebidos em relação ao total de alunos concluintes (especialistas e aperfeiçoados) por turma do curso

Turma	Total de concluintes	Questionários respondidos nº	%
I	27	11	40,7
II	27	14	51,9
III	26	12	46,2
IV	23	11	47,8
Total	**103**	**48**	**46,6**

Nota: Construção das autoras.

3.2 Plano de análise dos dados

Diante dos dados qualitativos obtidos pela transcrição das entrevistas aos implementadores, procedeu-se à leitura exaustiva e ao agrupamento dos assuntos a partir dos roteiros e das informações coletadas, considerando-se os fatos compartilhados, significativos, singulares e estabelecendo-se os nexos entre o plano empírico e o teórico. Valeu-se da análise temática como uma das técnicas possíveis de análise de conteúdo (BARDIN, 1979; MINAYO, 2000), mas não numa perspectiva tradicional. Nesse sentido, mediante a identificação de determinados temas presentes ou subjacentes ao discurso, buscou-se reconhecer "os núcleos de sentido", cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2000, p. 209).

Os dados quantitativos advindos dos questionários foram digitados em *Excell* (versão 2003) e exibidos em tabelas, analisando-se a frequência simples e relativa. As questões abertas do instrumento, que comportavam elementos subjetivos, receberam o mesmo tratamento dispensado aos dados qualitativos supracitados.

Assim, articulando diversos dados de diferentes fontes, as dimensões preliminares da investigação foram revistas em função da realidade encontrada e reorganizadas em três outras, a saber: político-institucional, pedagógico-organizacional e desempenho do curso. Estas dimensões comportam suas respectivas subdimensões, cujas categorias foram expressas mais objetivamente por variáveis apreendidas pelas técnicas e instrumentos adotados, buscando a explicitação dos macro e micros processos envolvidos na implementação da intervenção (Quadro 3).

Na pesquisa de avaliação de implementação, essa flexibilidade é oportuna para que a investigação não se restrinja à verificação dos resultados esperados e sim para que apreenda aqueles dados que porventura foram engendrados ao longo da sua execução, permitindo a identificação e a análise de processos inovadores e efeitos não previsíveis da implementação.

A matriz de avaliação, apresentada no Quadro 3, consubstancia tais dimensões e seus desdobramentos, informando as fontes dos dados e os instrumentos utilizados no estudo:

Quadro 3 - Plano de análise

Dimensão I: político-institucional					
Subdimensões	**Categorias**	**Variáveis**	**Fontes dos dados**		
			A	**B**	**C**
A parceria interinstitucional	A indução do processo	A participação do Ministério da Saúde A resposta das instituições provocadas	X	X	
	As instituições envolvidas	Características das instituições Papéis institucionais e envolvimento no curso	X	X	
	Desempenho da parceria	Aspectos positivos e negativos da parceria	X	X	X
Financiamento	A captação dos recursos	A aprovação e formalização do apoio financeiro	X	X	
	O processamento dos recursos	A ordenação do recurso A execução das despesas A prestação de contas Dificuldades e facilidades identificadas	X	X	
	A suficiência dos recursos	O volume dos recursos aprovados Recursos complementares	X	X	
Dimensão II: pedagógico-organizacional					
Subdimensões	**Categorias**	**Variáveis**			
O processo de implementação do curso	A clientela	Requisitos e critérios de seleção Mecanismos de divulgação O perfil sociodemográfico e de formação profissional da clientela Motivação para o curso Apoios recebidos Desempenho	X	X	X
	O projeto pedagógico do curso	Objetivos do curso O formato do curso As disciplinas do curso O corpo docente	X	X	X
	O trabalho final	O processo de orientação Os temas das monografias A adequação do formato A suficiência dos prazos	X	X	X
	Os mecanismos de condução e acompanhamento do curso	O desempenho da coordenação O colegiado de curso A tomada de decisão no processo de implementação	X	X	X

Dimensão III: desempenho do curso					
Subdimensões	**Categorias**	**Variáveis**			
Resultados	Os resultados quantitativos do curso	Número de turmas implementadas % de alunos concluintes por turma % de alunos desistentes por turma Número de monografias produzidas Número de municípios envolvidos	X		
Repercussões	As repercussões do curso na perspectiva de sua clientela e implementadores	Na vida pessoal de seus alunos/egressos Para os serviços de saúde Para o sistema municipal de saúde Aspectos positivos Aspectos negativos		X	X

Nota: Construção das autoras.
A - Documentos institucionais produzidos relativos à implementação do curso (portarias, termos de cooperação, termos aditivos, carta acordo, relatório dos cursos, ofícios e atas do colegiado)
B - Entrevistas realizadas com os implementadores do curso
C - Questionários respondidos pelos alunos e egressos do curso

3.3 Procedimentos éticos adotados

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (Parecer nº 422/CEP/SES/MT de 28 de janeiro de 2009).

Em observação à referida norma, sobre a não identificação dos sujeitos da pesquisa, estes serão indicados ao longo do texto pelo segmento de pertencimento, empregando-se "I" para implementador e "A" para aluno, caso este em que serão registrados a respectiva turma e o questionário.

4 - CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO

A implementação do CGSSS requereu a articulação de várias instituições nos seus diferentes momentos, como bem expresso anteriormente no seu modelo lógico (Figura 1). No entanto, focalizam-se aqui aquelas que, por meio de uma parceria, se mobilizaram e protagonizaram esse processo, quais sejam o COSEMS e o ISC, que possuem histórias valores e missões distintas, embora estejam envolvidas, em algum grau, com a consolidação do SUS no estado de Mato Grosso, desde a sua implantação. Apresenta-se, a seguir, breve caracterização dessas instituições.

4.1 O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso

Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde estão organizados em cada Estado do país, vinculando suas histórias à própria história do SUS. Assumem o papel de interlocutores dos municípios, devendo representar as demandas políticas e de gestão nos diferentes foros de negociação no âmbito do respectivo Estado. Os dois principais foros de negociação e pactuação no âmbito do SUS, nos Estados, são a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e o Conselho Estadual de Saúde (CES).

A representação dos gestores estaduais na CIB é indicada pela SES, sendo a dos municípios feita pelo COSEMS do Estado a que pertencem. Para o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) está claro que "[...] o bom funcionamento da bipartite está diretamente relacionado à capacidade do COSEMS em desenvolver a sua tarefa de negociação e pactuação em nome dos municípios daquela unidade federada [...]" (BRASIL, 2009, p. 85). Ainda, esclarece que esse processo não se dá de forma instantânea; ao contrário, depende da acumulação política e técnica, da capacidade de mobilização, do preparo da diretoria do COSEMS, da sua organização administrativa, do financiamento adequado para suas ações, entre outras questões mais específicas e de caráter regional.

O COSEMS se organiza de forma diferente em cada Estado e conta com a adesão das gestões municipais para o financiamento da instituição, além da captação de recursos de outras fontes. Alguns consideram as regiões de saúde a base da organização, indicando, a partir dos Conselhos Gestores Regionais (CGR), os representantes para os conselhos regionais de representantes. Esse respaldo certamente fortalece a representatividade política da instituição no Estado e dá permeabilidade às discussões e resoluções das reuniões do COSEMS. Tal fortalecimento baliza as discussões e pactuações nos foros estaduais a partir da realidade local e regional. Há casos em que o COSEMS tem procurado desenvolver outras formas de organização (BRASIL, 2009, p. 79). Segundo o CONASEMS, através da reconstituição da história de cada COSEMS, pode-se reconhecer o movimento dos secretários municipais de saúde no Estado relativamente à construção da descentralização da saúde.

No estado de Mato Grosso, o COSEMS foi implantado em 1984 durante o I Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde, ocorrido em Rondonópolis/MT. Quanto a sua natureza jurídica, em conformidade com o seu estatuto, constitui uma associação civil, de direito privado, sem fins lucrativos, que goza de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Congrega as Secretarias Municipais de Saúde ou instâncias municipais equivalentes para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública e do fortalecimento da gestão municipal, norteados pelos princípios do SUS.

O COSEMS atua como representante institucional desse coletivo nos órgãos deliberativos e consultivos da direção estadual e nacional do SUS, com vistas à formulação e avaliação da política de saúde, defendendo, entre outras questões, a descentralização e a autonomia dos municípios (Conselho de Secretários Municipais de Saúde, 2008). É custeado através das contribuições financeiras de seus associados, definidas em Assembléia Geral. Para a consecução de suas finalidades o COSEMS definiu em seu estatuto que poderá celebrar acordos, contratos e convênios com órgãos ou entidades públicas e/ou privadas. Além de outros, ressalta-se que são seus objetivos específicos:

- promover o desenvolvimento gerencial e organizacional do COSEMS;
- implementar o processo de cooperação técnica na gestão municipal do SUS;
- manter e ampliar as relações com as instâncias financiadoras;
- consolidar o Projeto Rede de Apoio ao SUS em Mato Grosso;
- representar e contribuir na formulação da política municipal, regional, estadual e federal do SUS;
- fortalecer a gestão participativa e colegiada;
- fortalecer a regionalização e a política de educação permanente em saúde;
- promover parcerias com instituições formadoras públicas e privadas, universidades, Secretaria de Estado de Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e outras que tiverem interesse, visando o fortalecimento da gestão municipal e regional;
- contribuir com os municípios, buscando estratégias para o aperfeiçoamento da gestão através de intercâmbio de informações e cooperação técnica; e
- elaborar projetos para a captação de recursos financeiros, visando o aporte de recursos para a execução de atividades de interesse regional e municipal.

A estrutura do COSEMS está composta por estas instâncias: Assembléia Geral, Diretoria Executiva e Conselho Fiscal. A Diretoria Executiva é o órgão de direção e de administração superior constituído por presidente, vice-presidente, secretário geral e vice-presidentes regionais, sendo estes últimos os representantes do COSEMS em cada território geográfico, coincidindo com as Regionais de Saúde do Estado.

Desde 2003, a principal estratégia definida pelo COSEMS para cumprir a sua missão foi implantar uma rede de cooperação, denominada Rede de Apoio do SUS, de gestão horizontalizada, contando com a participação voluntária de profissionais de diferentes formações e inserções, distribuídos por todas as dezesseis regiões de saúde do Estado, cadastrados e mobilizados para apoiar os municípios no fortalecimento da gestão municipal e consolidação do SUS. Considerando as características sociodemográficas do Estado e o estágio e modo de organização do

SUS estadual, essa rede tem sido avaliada como uma alternativa bem-sucedida que otimiza a capacidade de resposta do COSEMS às diferentes demandas das secretarias municipais de saúde.

4.2 O Instituto de Saúde Coletiva

Até o ano de 1992, as diferentes instâncias responsáveis pela formação na área da Saúde, na UFMT, vinculavam-se administrativa e academicamente ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Esse processo formativo organizava-se por departamentos específicos, e a área de Saúde Coletiva constituía-se de pequenos grupos de docentes sanitaristas organizados em cada um dos departamentos existentes (os de Medicina, de Enfermagem, de Nutrição). O CCBS também abrigava espaços de atuação multiprofissional, como o Centro de Saúde Escola (CSE) e o Núcleo de Desenvolvimento em Saúde, ambos criados a partir das referências nacionais do movimento a favor da Reforma Sanitária e tornados espaços de experimentação de práticas inovadoras em saúde coletiva, envolvendo docentes e profissionais dos serviços de saúde. Em particular, o NDS ainda desenvolvia pesquisas e promovia formação de pessoal na área da Saúde Coletiva, especialmente em nível de pós-graduação *lato sensu*.

Em 1992, num contexto de reforma institucional da UFMT, através da junção dos pequenos grupos de sanitaristas de cada departamento, foi criado o ISC, com o que o Centro de Saúde Escola foi municipalizado e a cuja estrutura se agregou o NDS.

A criação do referido Instituto representou uma ampliação das atividades que até então vinham sendo realizadas na área da Saúde Coletiva, passando a integrar sua missão "[...] garantir a formação de profissionais e a produção de conhecimento científico na área da Saúde Coletiva, por meio do ensino, pesquisa e extensão, visando à qualidade de vida da população brasileira [...]" (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2010).

A despeito da ampliação de suas atividades, o ISC não é uma unidade administrativa autônoma, bem como os demais institutos e faculdades da UFMT, estando dependentes da administração superior para firmar parcerias, contratos ou quaisquer outros acordos interinstitucionais, que envolvam o repasse de recursos financeiros. Exceção se faz no caso de Termos de Cooperação Técnica, quando não estão previstas transações de recursos dessa natureza, tendo, pois, as faculdades e institutos autonomia para firmar tais acordos.

Em relação ao ensino, o ISC passou a ofertar as disciplinas curriculares da área da Saúde Coletiva às (também recém-criadas) Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem e Nutrição, bem como dispensou boa parte de seus esforços na criação e manutenção de um programa de pós-graduação *stricto sensu* na

área de Saúde e Ambiente, posteriormente reestruturado (em 2002) para constituir o atual Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Concomitantemente a essas ações estruturantes, o ISC realizou diversos cursos de especialização na área da Saúde Coletiva, em parceria ou de forma isolada, buscando a formação de profissionais em Saúde Pública e Saúde Coletiva, Vigilância Sanitária, Planejamento em Saúde, Epidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde da Família, Controle de doenças específicas, entre outras iniciativas. Contabilizou "[...] a realização de 26 cursos de especialização (1992-2006) com aproximadamente 800 profissionais capacitados nas diferentes áreas da Saúde Coletiva, voltados principalmente para o Estado de Mato Grosso [...]" (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2010).

Em particular, o ISC, nesse período, acumulou experiência em relação à formação de gestores em saúde. Realizou cursos de especialização nessa área para uma clientela específica (profissionais do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde) e para o público em geral (selecionado através de processo seletivo aberto), a partir de um projeto aprovado e apoiado pelo Polo Estadual de Educação Permanente em Saúde e do projeto estabelecido em parceria com o COSEMS, objeto deste estudo. Da mesma forma, ainda que contando com diferentes motivações, apoios e parcerias, outras experiências também foram realizadas posteriormente por iniciativa da Escola de Saúde Pública da SES/MT e desta, com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), para a formação de gestores em saúde no estado de Mato Grosso. De maneira geral, o que caracteriza essas diferentes atividades é o foco na formação dos gestores que atuam ou atuarão no SUS, bem como a relativa desarticulação dessas experiências entre si, apesar de várias delas tenham sido implementadas concomitantemente.

Além da formação dos profissionais de saúde, o ISC, ao longo de toda a sua existência, realizou também pesquisas de diferentes temáticas, tendo por base a estruturação gradativa de seus grupos de pesquisas e a cooperação técnica com as diferentes esferas de gestão do SUS no Estado, o que se deu mais ou menos intensamente entre os anos de 1992 e 2010.

Vale ressaltar, ainda, que o ISC tem cedido, com certa frequência, seus docentes para assunção de cargos de direção superior junto a diferentes instâncias administrativas do SUS municipal e estadual e junto à própria UFMT. Em especial, a participação desses profissionais da educação como dirigentes do sistema e de serviços de saúde parece estar contribuindo de forma significativa para o reconhecimento e aproximação destes com a realidade e os problemas do SUS em Mato Grosso, muitas vezes condicionando a definição de projetos de cooperação técnica e de temáticas de estudos investigativos realizados pelo ISC.

Mais recentemente, no início de 2010, o ISC implantou o Curso de Graduação em Saúde Coletiva acompanhando iniciativas de outras universidades pú-

blicas do país. Essa formação possivelmente mudará, em curto prazo, o *modus operandi* do ISC no que diz respeito à formação dos sanitaristas que atuam no âmbito do Estado.

Em suma, apesar de suas particularidades, parecem ser de alguma forma indicadas as contribuições do COSEMS e do ISC para a efetivação do SUS em Mato Grosso, sendo mais umas das expressões desse compromisso o estabelecimento da parceria para o desenvolvimento de um projeto de qualificação dos gestores municipais de saúde, o CGSSS.

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são descritos nas três dimensões definidas na matriz de avaliação/plano de análise, a saber: político-institucional, pedagógico--organizacional e de desempenho do curso, com suas respectivas subdimensões e categorias.

5.1 Dimensão político-institucional

A estrutura e a dinâmica do contexto político-institucional imediato e mais amplo fazem com que ocorram mudanças imprevistas no momento da implementação de um programa propriamente dito, no caso, o CGSSS. Essa dimensão divide-se em duas subdimensões: a primeira enfoca a parceria interinstitucional abordando um breve histórico do CGSSS (a indução federal do processo; a construção e negociação do projeto e a reformulação e aprovação da proposta; o papel das instituições envolvidas e o desempenho da parceria - aspectos positivos e negativos); e a segunda contempla o financiamento quanto à captação, gestão e suficiência dos recursos e os aspectos positivos e negativos.

5.1.1 Parceria interinstitucional

A compreensão histórica do curso requer que se considerem os contextos políticos em que se insere a intervenção analisada. No caso em estudo, nota-se uma confluência de interesses e de compromissos por parte das instituições envolvidas, bem como a oportunidade de apoio externo que possibilita a oferta do curso.

De acordo com os relatos dos implementadores, havia, desde a década de 90, em âmbito nacional, uma política (na área de Saúde Pública) de formação de gestores municipais estimulada pelo CONASS e CONASEMS junto ao Ministério da Saúde e motivada pelo processo de descentralização.

Representantes da SES, do ISC e do COSEMS participaram de uma oficina de trabalho promovida pelo MS e realizada em Brasília, com o objetivo de fomentar a formulação de um projeto de curso com vistas à apresentação para apoio financeiro. Por diferentes motivos, a articulação inicial oportunizada pela oficina nacional não foi suficiente para colocar o curso em andamento no estado. A SES/MT declinou de protagonizar esse processo por estar focada em outras prioridades naquele momento e entender ser pertinente que a sua condução ocorresse em outra instituição, ainda que se declarasse apoiadora da proposta. A recém-criada Escola de Saúde Pública (em 2000), vinculada à SES/MT, definia como eixo prioritário de ação a capacitação das equipes de Saúde da Família, em consonância com a Política Estadual de Saúde estabelecida.

O ISC buscava compreender o seu papel na relação com a Escola de Saúde Pública da SES, mas, ainda, tinha certo receio de participar mais ativamente de sua implantação, mesmo que a sua condução estivesse a cargo de um docente do ISC cedida ao governo estadual.

Dessa forma, a resposta à provocação do Ministério da Saúde, no estado de Mato Grosso, dá-se tardiamente em relação à maioria dos demais estados, que respondem mais prontamente a essa indução:

> *[...] na época nós estávamos muito sobrecarregados de atividades, inclusive na própria Escola de Saúde Pública, muito focados na questão da Saúde da Família, na formação para a Saúde da Família. E na época nós chamamos o COSEMS e propusemos que eles tocassem com a Universidade e fizeram uma proposta. Enfim... O fato é que venceu o período do Governo [2002] e MT foi um dos poucos estados que não captou recursos para fazer esse curso, mas ficou lá.* (I5).

Em 2004, o COSEMS, fragilizado institucionalmente, contando com pouco mais da metade dos municípios mato-grossenses filiados (51%), tendo sofrido a diminuição do apoio da SES e recebendo recursos pífios de toda ordem para o desenvolvimento de um plano de ação, buscou o estabelecimento de estratégias de reaproximação e estreitamento da relação com os municípios visando consolidar o seu papel político junto a essas localidades.

Nesse cenário, o COSEMS empreendeu esforços com vistas à superação dessa situação em três principais áreas de atuação, articuladas entre si: qualificação da gestão municipal e regional, controle social em defesa do SUS e fortalecimento institucional (RIBEIRO *et al.*, 2009). Logo, a proposição do CGSSS foi identificada como uma das estratégias priorizadas para sua atuação:

> *E isso veio num momento que o COSEMS fazia uma avaliação de que ele não tinha pernas, não tinha recurso – porque o financiamento do COSEMS é muito pequeno que dá pra manter mal... apenas a equipe de pessoas – e que o COSEMS tinha que tomar a decisão política de como é que*

> *ele ia se estruturar no estado e dar sustentabilidade aos municípios.[...] e se tomou a decisão de implementar, de buscar fortalecer, de articular, executar as capacitações. Foi o período em que ele começou a entrar com os projetos para financiamento no Ministério da Saúde*. (I4)

O COSEMS esboçou, então, a primeira versão do projeto do curso e buscou no ISC a parceria necessária para a sua execução. O ISC, ainda timidamente nesse momento, colaborou para a formatação da proposta inicial: "*E aí a gente, a partir daquele pré-projeto, [...] discutimos junto com os professores. Fizemos algumas alterações e a gente encaminhou o projeto pra financiamento no Ministério da Saúde.*" (I4).

Concomitantemente, o COSEMS propôs, com a participação de técnicos do NDS, a implantação de uma rede constituída por núcleos regionais interdisciplinares para apoio às Secretarias Municipais de Saúde do Estado. Pretendia, com isso, conseguir o envolvimento de 130 técnicos na Rede de Apoio ao SUS em Mato Grosso. Tal proposta foi apresentada junto com outra – a realização do curso de especialização pelo COSEMS.

A apreciação do projeto do curso e da implantação da Rede inicialmente se deu pela ação direta do Ministério da Saúde, que o aprovou, mas recomendou a sua apresentação ao Polo de Educação Permanente em Saúde (Polo) do Estado, instância colegiada que vinha se organizando por indução da política correspondente formulada pelo governo federal. O COSEMS e o ISC estavam representados no Polo e não tiveram dificuldades para aprovar a proposição neste fórum.

Para alguns entrevistados, o Polo desempenhou um importante papel, garantindo os recursos financeiros necessários à implementação do curso: "*Eu penso assim, a existência do Pólo naquele momento, articulando os recursos financeiros foi um determinante pra apresentação desse projeto: a demanda existia, a necessidade existia e passou a existir o lugar onde você poderia viabilizar o recurso.*" (I1).

Para outros implementadores, a facilidade de aprovação dos recursos no Polo cumpriu apenas a formalidade necessária para a liberação dos recursos que se encontravam previamente aprovados. Isto é, os recursos financeiros garantidos para a formação da primeira turma do CGSSS foram acrescidos ao "teto" definido para os projetos do estado de Mato Grosso. Dessa forma, a aprovação da proposta nesse espaço político de negociação de projetos legitimava-a em face das demais representações institucionais, sem representar, por seu turno, concorrência de recursos, além do que contribuía para colocar em curso a lógica do próprio Polo no Estado, induzida pelo Ministério da Saúde.

Em suma, o COSEMS foi a instituição inicialmente responsável por articular as condições necessárias para a deflagração do curso no território mato-grossense, reconhecendo-o como estratégico para a sua atuação, articulando a parceria com a instituição de Ensino Superior, formatando o projeto, legitimando-o junto ao Polo e viabilizando o apoio financeiro para o seu desenvolvimento.

A demanda de implementação do CGSSS chegou ao ISC em um momento de revitalização de suas atividades, em especial da instância privilegiada para o desenvolvimento dos seus projetos de extensão, o NDS. Tal situação foi decorrente do retorno de docentes cedidos à SES/MT no período de 1995 a 2002, os quais assumiram, ao longo de duas gestões consecutivas, o papel de gestor estadual da saúde e dirigente da área de Recursos Humanos também na SES/MT.

Com a volta desses professores à UFMT e estando o NDS sob a supervisão do ex-secretário estadual, outros profissionais vinculados à SES/MT e à SMS de Cuiabá, agora num movimento de direção inversa, foram cedidos àquela universidade. O NDS abrigou praticamente a totalidade dessa equipe de trabalho, cujo perfil era marcado pelo conhecimento do processo de consolidação do SUS no Estado (e de suas fragilidades) e a experiência acumulada na área da Gestão em Saúde, nos mais diferentes níveis e espaços de atuação:

> *[...] nós tínhamos um grupo de professores que estava recém voltando da administração estadual e com muita bagagem da gestão, da administração, da questão do estado e achando [como diz a garotada [risos] "se achando" que entendia um pouco as necessidades colocadas pelo SUS, pela necessidade de implementação do SUS nos municípios*. (I5)
> *[...] ele [o NDS] foi revitalizado em termos da própria proposta, depois que alguns professores saíram da administração direta do Estado e retornaram para a Universidade. E também não retornaram sozinhos, trouxeram alguns grupos que estavam diretamente na administração nos últimos oito anos.*
> *[...] o ISC foi se afastando da parte mais operacional da implementação de algumas áreas de gestão e de administração junto com serviço, né. Eu acho que foi um período em que se retomou a proposta do Núcleo para estar cumprindo algumas demandas que não originavam da academia, mas da implementação do SUS [...] Então eu acho que isso facilitou essas propostas e a inserção do Instituto nessas propostas*. (I11).

Desse modo, estavam inicialmente garantidas as condições para o detalhamento da proposta elaborada, para a formalização institucional e para a definição de seus implementadores, na perspectiva da integração ensino-serviço e da educação permanente em saúde, referenciais adotados para orientar o desenvolvimento do curso.

Nessas circunstâncias, o CGSSS pretendia constituir uma das estratégias de um projeto técnico e político mais amplo (claramente explicitado pelo COSEMS e de forma localizada e ainda não tão articulada no âmbito do ISC), destinado à qualificação dos profissionais envolvidos com a gestão do SUS no Estado, mais especificamente em âmbito municipal, tendo como imagem-objetivo o fortalecimento desse Sistema público em Mato Grosso.

A parceria interinstitucional foi formalizada com a assinatura de um Termo de Cooperação Técnica entre a UFMT e o COSEMS, parceria estabelecida

para viabilizar a realização do curso de especialização, com a previsão de abertura de quatro turmas. A direção do ISC, a despeito de não participar diretamente desta formalização, se viu implicada com o curso e assumiu, sem restrições, o compromisso acordado pela reitoria.

As responsabilidades de cada parceiro, COSEMS e UFMT (através do ISC), foram definidas no termo firmado. Em linhas gerais, ao ISC competiam as atividades relacionadas diretamente ao processo de formação dos especialistas, e ao COSEMS cabiam aquelas relacionadas à mobilização dos gestores municipais e ao financiamento do curso. Desde o início do processo, a divisão de atribuições não se mostrou equacionada pela formalização do Termo de Cooperação, existindo certa hesitação naquele momento e uma permanente tensão ao longo do desenvolvimento dos cursos:

> *[...] havia também uma decisão do COSEMS de fazer a execução financeira pra ter autonomia sobre os recursos, [...] porque se tinha uma visão de que a academia e o serviço viviam essa tensão, tipo assim: vamos ficar com os recursos pra gente ter espaço efetivamente de participação na implementação dos cursos*. (I4).
>
> *Então, de fato, a parceria aconteceu na execução toda do curso, desde a captação do financiamento até a prestação de contas, até a apresentação de monografias, até a certificação dos alunos, né [...] Com muito embate, com muita briga, com muita discussão, mas não no sentido de disputa, mas no sentido dos entendimentos que cada uma das instituições tinha dentro do processo, em cada dimensão do processo*. (I2).
>
> *[...] a participação do externo, do COSEMS, ou de outros, só enriquece, por que aí você estabelece alguns diálogos entre a academia e serviço. Só que, ao mesmo tempo, essa pactuação tem que estar resolvendo os conflitos que vão surgir. O pacto em si, que é feito inicial, ele não contempla todas as outras questões que vão surgindo na operacionalização de um curso desse e, principalmente, um de longa duração. [...] Então, esse processo, [...] é também um gerenciamento de conflitos, né, e a gente não está muito acostumado a gerenciar conflitos e pontos de vistas para poder continuar casado... [risos] – é bem isso, né?* (I11).
>
> *Toda parceria não é assim? Tem dificuldades, não existe casamento sem problemas*. (I5).

5.1.2 Financiamento do curso

Giovanella (1990) entende que o poder administrativo tem como pressuposto um poder econômico correspondente, embora não se resuma a ele. O dinheiro, assumido como recurso universal, constitui uma das dimensões da capacidade administrativa de uma instituição, e os demais recursos, que transcendem à questão financeira, são colocados em ação a partir da sua disponibilidade. Portanto, a análise das questões relacionadas ao financiamento do programa é tomada como uma subdimensão da avaliação, nos aspectos relacionados a sua captação, execução

e suficiência. A análise identificou as situações relacionadas a esses aspectos que facilitaram ou puseram em risco a execução do programa e os mecanismos pelos quais a parceria interinstitucional recorreu para superá-los.

O projeto do CGSSS foi apresentado pelo COSEMS à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, obtendo a devida aprovação. Aliado ao recurso financeiro captado para o curso, as instituições envolvidas disponibilizaram suas estruturas para o seu desenvolvimento, evitando despesas relacionadas à locação de espaços e equipamentos.

Em particular, o ISC disponibilizou aos alunos do curso salas de aula, o laboratório de informática, as bibliotecas central e setorial e o acesso ao restaurante universitário. A provisão de materiais de consumo e de bibliografia específica, a gratificação de coordenadores, professores e orientadores envolvidos no curso e a prestação de contas referente a tais recursos ficaram sob a responsabilidade do COSEMS.

Concomitantemente ao estabelecimento da referida parceria, o apoio financeiro recebido do Ministério da Saúde foi formalizado através de uma carta acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Essa "triangulação" - COSEMS/MS/OPAS -, que viabilizou os recursos financeiros para a Turma I, foi mantida para a Turma II do curso e alterada, por orientação do Ministério da Saúde, para as Turmas III e IV, quando a UNESCO firmou contratos com o COSEMS, substituindo a participação da OPAS. Ressalta-se que, em termos formais, o acordo foi firmado entre o COSEMS e a OPAS (para as duas primeiras turmas) ou entre o COSEMS e a UNESCO (para as duas últimas turmas), ficando o Ministério da Saúde como mediador dessa parceria.

Os recursos financeiros mobilizados para o desenvolvimento das quatro turmas do curso perfizeram o montante de R$ 585.704,00; correspondendo a uma média de R$ 146.426,00 por turma e um valor efetivamente executado de R$ 5.686,00 por aluno (Tabela 2). Observa-se que pequenas parcelas dos recursos captados foram devolvidas (1,1% do total captado inicialmente) nas Turmas III e IV, devido a falhas na comunicação com a UNISELVA e ao consequente decurso de prazo para o seu processamento, segundo os implementadores do curso:

> *A coordenação não sabia que existia esse recurso. Identificou o saldo... A Uniselva não informou que tinha saldo e aí devolveu porque não dava mais tempo de gastar... Foi pouca coisa..., mas é muito triste, né, a gente devolver recurso, sabendo que recurso é sempre tão limitado... A gente faz ginástica pra dar conta dele...* (I4).

A dificuldade relatada é indicativa da existência de uma margem de implementação de melhorias no acompanhamento desse aspecto do processo.

Tabela 2 - Valores orçados, recursos aditivos, rendimentos, recursos devolvidos e valores executados (em reais) do CGSSS por turma e aluno concluinte

	Valores orçados (em reais)					Valores executados (em reais)	
Turma	por turma	por aluno matriculado	Recursos aditivos	Rendimentos de aplicações financeiras	Recursos devolvidos	por turma	por aluno concluinte(*)
I	128.000	4.537	30.805	...	...	158.805	5.882
II	142.400	4.069	...	2.716	...	145.116	5.375
III	140.420	4.012	...	2.428	4.198	138.649	5.333
IV	140.420	4.012	...	4.622	1.908	143.134	6.223
Total	551.239	4.158	30.805	9.766	6.106	585.704	5.686

Nota: Construção das autoras.
(*) considerado aluno concluinte todos os especialistas e aperfeiçoados de cada turma do curso.

Os recursos mobilizados foram considerados suficientes na opinião dos implementadores entrevistados:

> *O recurso, ele deu, tanto é que os cursos aconteceram, mas eles foram apertados. Teve assim - acho que não chegou a t er atrito - mas tem aquela coisa de "cobertor de pobre": quando puxa mais aqui na Universidade descobre o COSEMS, quando o COSEMS puxa mais, descobre aqui.* (I6).

Apenas para a Turma I foi aprovado recurso aditivo, correspondente a um percentual de 25% do montante inicial repassado ao COSEMS para o curso e a implementação da Rede de Apoio ao SUS. Para a Turma II, apesar de solicitado o aditamento, este não foi concedido.

Quanto ao processamento dos recursos, ao longo do desenvolvimento do curso foram adotados procedimentos diferentes. Nas Turmas I e II, o COSEMS atuou como proponente do projeto junto ao apoiador financeiro do curso e processou e prestou contas do total dos recursos captados. Na Turmas III e IV, o COSEMS se manteve como proponente dos projetos, frente às instituições apoiadoras externas, no entanto, diante de algumas dificuldades experimentadas nos primeiros cursos e pela possibilidade de gratificar os professores como bolsistas, buscou a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFMT (UNISELVA) para o processamento dos recursos financeiros correspondentes a algumas despesas, em especial aquelas referentes a gratificações de pessoas físicas:

> *Foi, foi tudo formalizado. Tem convênio da Universidade, da Uniselva com o COSEMS formalizando essa parceria e essa forma de fazer: a Uniselva faz, presta contas do recurso para o COSEMS com as notas e*

> *tudo do serviço prestado, [...] manda toda documentação. Aí o COSEMS [...] passa para o MS. É meio que assim, um contrato, como se o COSEMS fizesse um contrato com a Uniselva para prestar esse serviço*. (I1).

O pressuposto do qual partiu essa decisão foi o de que a natureza jurídica da UNISELVA (de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial), aliada a sua missão (apoiar as atividades de pesquisa, ensino, extensão e desenvolvimento institucional da UFMT), constituía elementos facilitadores, ainda que a nova relação implicasse outras despesas operacionais. Dessa forma, a UNISELVA processou as gratificações dos profissionais envolvidos nas Turmas III e IV do curso, agilizou a liberação das bolsas, o que, em algum grau, otimizou os recursos financeiros, na medida em que não implicou em recolhimento de impostos.

5.1.3 O desempenho da parceria

Em síntese, em relação à dimensão político-institucional, pode-se afirmar que:

- a formação dos gestores municipais de saúde foi induzida, em nível nacional, pelo Ministério da Saúde, mobilizando instituições acadêmicas e vinculadas ao SUS, bem como priorizando recursos de apoio aos projetos estaduais;

- em Mato Grosso, esse processo aconteceu tardiamente em relação ao ocorrido na maioria dos demais Estados, que responderam mais prontamente a esta indução;

- O COSEMS constituiu o agente mobilizador da parceria no Estado e o captador dos recursos necessários à viabilização do projeto proposto, apresentando-se aos parceiros externos como o proponente do curso e apresentando o ISC como sua instituição executora;

- A parceria interinstitucional estabelecida possuiu um alto grau de formalização entre os parceiros principais e entre estes e as outras instituições envolvidas na captação e processamento dos recursos necessários à realização do curso (OPAS, UNESCO e UNISELVA);

- a proposta do curso articulou-se, desde a Turma I, ao processo de implementação da Rede de Apoio ao SUS, contando com a participação do ISC, que se iniciou de forma tímida e foi se tornando, ao longo do processo, uma cooperação mais articulada e fortalecida institucionalmente;

- o desenvolvimento concomitante do curso e da rede mostrou-se sinérgico, potencializando os efeitos observados ao longo de sua implementação;

- os recursos financeiros captados mostraram-se suficientes para o desenvolvimento do curso;

- a parceria insterinstitucional foi valorizada pelos implementadores do

curso como uma estratégia bem-sucedida e que aponta para a sua continuidade e fortalecimento, ainda que sejam reconhecidos aspectos do processo a serem melhorados.

Os implementadores identificaram os aspectos de fragilidade que poderão ser reparados em projetos futuros:

- a hesitação das instituições com a parceria estabelecida gerou conflitos e demandas para a assunção de posições, particularmente nos momentos iniciais do acordo;

- os papéis definidos nos acordos formais não sustentaram a relação interinstitucional no decorrer do processo, implicando na disposição permanente dos parceiros para se reconhecerem como diferentes e reafirmarem os objetivos perseguidos de forma compartilhada ao longo da sua dinâmica;

- embora suficientes, dificuldades no processamento dos recursos financeiros indicaram às instituições a necessidade de implementar mecanismos complementares de gerenciamento e acompanhamento para torná-lo mais efetivo;

- o desenvolvimento da parceria exigiu a definição de interlocutores, de fluxos de informações e decisões que devem ser permanentemente repactuados quanto à relação interinstitucional mantida entre o COSEMS e o ISC, bem como monitorados na relação destes com as outras instituições que garantem o apoio e o processamento dos recursos financeiros.

A despeito desses aspectos, as falas dos implementadores apontam para uma avaliação bastante positiva da parceria estabelecida, que se mostrou desejável mesmo depois da mudanças dos dirigentes institucionais do COSEMS e do ISC, ocorridas no período de desenvolvimento das primeiras turmas.

As características, ritmos institucionais e competências acumuladas individualmente pelos parceiros, traduzidas e condicionadas pelos perfis de suas equipes gestoras e técnicas, põem sob tensão, de modo permanente e favorável, o processo de implementação, para que as demandas institucionais sejam atendidas ora pela exigência do cumprimento das normas acadêmicas, ora pela urgência na resposta às demandas colocadas pelas Secretarias Municipais de Saúde e pelo COSEMS. Dessa permanente tensão, resulta uma experiência que se caracteriza como inovadora e promotora da aprendizagem institucional.

Os implementadores ainda julgam pertinente a continuidade e o aprofundamento da relação interinstitucional, como, de fato, vem ocorrendo em projetos, em alguma medida, decorrentes dessa experiência:

> *No 1º curso, a gente já percebeu que ele tinha uma característica diferente [...] ele tinha muito a ver com a prática, então deu pra perceber que poderíamos estar avançando em outros cursos*. (I7).
> *[...] ela, desde o início, foi uma parceria muito forte [...] fazer um curso muito focado na realidade, muito voltado para as necessidades da gestão*

> *dos municípios e o COSEMS foi, o tempo todo, um parceiro, vamos dizer assim, um "co-autor" do curso na medida em que participou desse grupo, que elaborou, que pensou, que discutiu. [...] o COSEMS participava ativamente neste processo e ajudou muito a trazer todas essas [...] demandas da gestão municipal pra que a gente pudesse orientar o curso e a própria execução do curso, [...] em íntima parceria com os coordenadores daqui da Universidade. [...] eu diria que foi um modelo muito bem sucedido de parceria entre a Universidade e os municípios, quer dizer, entre a academia e os serviços [...]. E a melhor evidência do que estou dizendo é a aceitação do curso entre os gestores municipais*. (I5).

5.2 Dimensão pedagógico-organizacional

A implementação dos programas com suas vicissitudes tem sido considerada uma variável central para a explicação do sucesso ou fracasso dos programas e políticas públicas em relação ao alcance dos objetivos traçados. São diversas as razões pelas quais, na prática, programas raramente são implementados de acordo com sua concepção original (ROSSI; FREEMAN, 1993, p. 28 *apud* MARTES *et al.*, 1999), pois é no momento da operacionalização que os seus ideais são cotejados com as reais especificidades contextuais que podem se configurar como fatores facilitadores ou obstaculizadores do processo.

Na dimensão pedagógica e organizacional do curso, considerando-se o seu projeto e as situações relatadas, foram identificados: os aspectos referentes ao objetivo do curso, cujo foco reporta ao perfil dos alunos e dos municípios mato-grossenses; o projeto político pedagógico do curso; o trabalho final de conclusão/monografia; os mecanismos de acompanhamento do curso (coordenação, colegiado, seminários, oficina de avaliação); e o apoio e comunicação para o seu desenvolvimento. Por uma questão meramente didática, esses aspectos são apresentados separadamente, por segmento, ou seja, segundo dados e informações coletadas junto à clientela e aos implementadores.

5.2.1 Clientela: características, opiniões e percepções sobre o curso

O perfil dos alunos foi caracterizado a partir de três variáveis principais: demográfico, formação profissional e vinculação institucional, sendo que suas opiniões e percepções referem-se aos elementos pedagógico-organizacionais da implementação do curso propriamente dito.

5.2.1.1 Perfil demográfico da clientela do curso

Na Tabela 3 estão organizados os dados dos alunos referentes às variáveis que caracterizam o seu perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária, região de

nascimento, tempo de residência em Mato Grosso). Ressalta-se que alguns dados foram completados para o conjunto dos alunos das quatro turmas com informações extraídas da documentação do aluno, entregue no ato da matrícula. Outros dados foram analisados apenas para os respondentes dos questionários, e nas duas situações foram excluídos os não informados ou não disponíveis.

Machado *et al.* (2006), analisando a força de trabalho no setor da saúde no país, enfocam o processo de feminilização, verificando que a participação feminina no setor aproxima-se de 70% do total e de 62% das categorias profissionais de nível superior. Ademais, percebe-se que, embora existam profissões na saúde mais feminilizadas que outras, a ampliação da participação da mulher tem realmente sido observada nas profissões historicamente masculinas (MACHADO *et al.*, 2010). Na região Centro-Oeste e no estado de Mato Grosso, a mesma tendência foi verificada, acompanhando a realidade do país (MACHADO *et al.*, 2006).

Entre os matriculados no curso, observou-se a predominância do sexo feminino, 106 (75%) dentre os 139 alunos, corroborando as observações feitas por esses autores e, mais especificamente, as realizadas por Luna (2008), em seu estudo sobre o perfil dos gestores da saúde em Mato Grosso.

A idade dos alunos do curso era de no mínimo 22 anos, havendo estudantes com mais de cinquenta anos. Mais de 62% encontravam-se com menos de quarenta anos; 21,6%, com menos de trinta; e 41%, entre 31 e quarenta anos de idade (Tabela 3).

Quanto ao local de nascimento, a maioria era oriunda de Mato Grosso ou dos demais estados da região Centro-Oeste (48,5%). Os estados da região Sudeste e da região Sul, somados, contribuíam com um percentual próximo ao dos nascidos na região Centro-Oeste (25,4 e 21,6%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil demográfico dos alunos do CGSSS, Cuiabá/MT, 2004-2009

Categorias	nº	%
Sexo (nº = 139)		
Feminino	105	75
Masculino	34	25
Faixa etária - em anos (nº = 134)		
22 a 30	29	21,6
31 a 40	55	41,0
41 a 50	40	29,9
Mais de 50	10	7,5
Região de nascimento (nº = 134)		
Centro-Oeste	65	48,5
Sudeste	34	25,4
Sul	29	21,6
Nordeste	5	3,7
Norte	1	0,7

Nota: Construção das autoras.

5.2.1.2 Perfil da formação profissional

O perfil dos alunos que frequentaram o programa foi analisado quanto à área cursada na graduação, ao tempo decorrido da graduação até a matrícula no curso, região geográfica onde realizou a graduação, pós-graduação cursada anteriormente ao curso, área de pós-graduação cursada, tempo decorrido da pós-graduação anterior, natureza da instituição que frequentou a graduação e a pós-graduação anterior.

Em relação à formação básica, quatro alunos matriculados no curso possuíam mais de uma graduação. Os formados na área das Ciências Biomédicas predominaram entre os demais (51,3%), seguidos daqueles com formação na área de Ciências Humanas (35,7%) e dos que possuíam formação básica na área Tecnológica (apenas 7%). Quanto ao tempo decorrido da graduação, 86 alunos tinham até dez anos de formados, sendo outros 42 alunos formados há mais de dez anos (Tabela 4).

As regiões geográficas onde predominantemente os alunos realizaram seus cursos de graduação foram: Centro-Oeste (63,8%), Sudeste (19,2%) e Sul (14,6%) (Figura 8). Dos 139 matriculados no curso, 64 (46%) já possuíam ou estavam cursando outra pós-graduação. Destes, 22 alunos (34,4%) já possuíam mais de uma pós-graduação. Somando-se todos os cursos de pós-graduação anteriores ao CGSSS nos quais os alunos se matricularam, observa-se que a maioria dos cursos era da área da Saúde (62,9%).

Nesse âmbito, predominaram os cursos de formação de sanitaristas/Saúde Pública e em Vigilância Sanitária (43,8%), seguidos de especializações na área da Assistência à Saúde (19,1%). Vale ressaltar que 25 cursos de pós-graduação (28,1%) já realizados pelos alunos do CGSSS pertenciam à área de Gestão Pública ou a áreas correlatas (Administração/Auditoria/Planejamento/Economia) (Tabela 4). Especializações na área da Educação também foram cursadas (9%), particularmente por alunos enfermeiros, aparentemente motivadas pelo esforço governamental no preparo de professores para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, em anos recentes. Diante das informações sobre o tempo decorrido desde a realização dos cursos de pós-graduação, observa-se que 84,4% ocorreram há menos de dez anos. Dois alunos informaram, ainda, estar cursando outra pós-graduação concomitantemente ao CGSSS.

Tabela 4 - Perfil da formação profissional dos alunos do CGSSS - Cuiabá/MT, 2004/2009

Área de graduação (nº = 143)	**nº**	**%**
Biomédica	82	57,3
Humanas	51	35,7
Tecnológica	10	7,0
Tempo decorrido da graduação - em anos (nº = 128)		
Até 10	86	67,2
Acima de 10	42	32,8
Região onde se realizou a graduação (nº = 130)		
Centro-Oeste	83	63,8
Sudeste	25	19,2
Sul	19	14,6
Nordeste	3	2,3
Natureza da IES na qual cursou a graduação (nº = 129)		
Pública	65	50,4
Privada	64	49,6
Pós-graduação anterior (nº = 139)		
Sim	64	46,0
Não	75	54,0
Área de pós-graduação cursada ou em curso (nº = 89)		
Saúde Pública/Vigilância em Saúde	39	43,8
Assistência à Saúde/Saúde da Família/Saúde do Trabalhador/Saúde Mental	17	19,1
Economia/Gestão Pública/Administração/Auditoria/Planejamento	25	28,1
Educação	8	9,0
Tempo decorrido da última pós-graduação concluída em anos (nº = 75)		
Até 10	65	86,1
Acima de 10	10	13,3

Nota: Construção das autoras.

Quanto à natureza da Instituição de Ensino Superior (IES) frequentada pelos matriculados no CGSSS, observou-se que aproximadamente metade dos alunos frequentou instituições públicas (50,4%) e a outra metade frequentou instituições privadas (49,6%), para os cursos de graduação (Tabela 4). Em relação aos estudos de pós-graduação, notou-se discreto predomínio dos cursos oferecidos por IES privadas (51,9% - dados não apresentados). De modo geral, a proliferação de cursos oferecidos pelo setor privado decorreu da expansão do mercado de trabalho aliado à maior demanda de novas formas e modalidades de cursos e níveis de ensino, amparada por políticas e legislações mais flexíveis, como no caso da pós-

-graduação *lato sensu* (FONSECA, 2004). Na área de Saúde, Ceccim (2000) já apontava certa preocupação com o fato de a qualidade dos cursos de especialização ser colocada em risco quando a sua expansão é regida pela lógica mercadológica.

5.2.1.3 Perfil do vínculo institucional

A Tabela 5 apresenta o vínculo dos alunos com as instituições integrantes do SUS, detalhando os dados nestas categorias: número de vínculos, tempo de trabalho, cargo em exercício e experiência anterior em cargos de gestão municipal, planejamento, coordenação de programas e gerenciamento de unidades.

Em relação ao número de vínculos, a maior parte dos alunos (80%) informou ter apenas um; 16,8%, dois; e 3,2%, mais de um vínculo, sendo o vínculo de 71,4% com Secretarias Municipais de Saúde e de 22% com a Secretaria Estadual de Saúde/Escritório Regional de Saúde. Outros órgãos foram citados, como o COSEMS e os Consórcios Regionais de Saúde, mas em índices percentuais pouco expressivos.

Quanto ao tempo de trabalho, as taxas mais elevadas permaneceram na faixa de mais de um até dez anos (58,6%) e de onze até vinte anos (18,7%), identificando-se uma força de trabalho com previsão de muitos anos de atuação pela frente.

Em relação ao cargo em exercício, atentou-se para o fato de 25,8% dos participantes terem informado atuar na coordenação técnica e 16,9% na gestão do SUS, público-alvo da proposta do curso, além dos cargos de assessoria, diretoria e gerência, ouvidoria e presidência do Conselho Municipal de Saúde. Ademais, 28,2% dos alunos que ocupavam cargos técnicos de nível superior e 11,3% de nível médio declararam não atuar em função ou cargo de gestão. A maioria dos alunos que frequentou o curso contava com experiência anterior na gestão ou planejamento do sistema de saúde ou na gerência de unidades ou serviços. Quanto à experiência anterior, as áreas de destaque foram as de Planejamento e da própria Gestão Municipal da Saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Perfil do vínculo institucional dos alunos do CGSSS - 2004/2009 - em Cuiabá-MT

Categorias	nº	%
Número de vínculos (nº = 125)		
Pelo menos um	100	80
Dois	21	16,8
Mais de dois	4	3,2
Total	**125**	**100**
Instituições com as quais mantém vínculos (nº = 150)		
Secretaria Municipal	107	71,4
Secretaria Estadual de Saúde/Escritório Regional	33	22
COSEMS	4	2,6
Consórcio Intermunicipal de Saúde	3	2
Outro órgão federal/estadual/municipal	3	2
Total	**150**	**100**
Tempo de trabalho (nº = 123)		
Até 1	18	14,6
Mais de 1 até 10	72	58,6
11 a 20	23	18,7
Mais de 20	10	8,1
Total	**123**	**100**
Cargo em exercício (nº = 124)		
Técnico de Nível Superior do SUS	35	28,2
Coordenação Técnica	32	25,8
Gestor Municipal do SUS	21	16,9
Assessoria/Administração	8	6,5
Diretoria/Supervisão Técnica	8	6,5
Gerente de Unidade	4	3,2
Ouvidoria/Presidência do Conselho Municipal de Saúde	2	1,6
Auxiliar administrativo/Técnico de Nível Médio do SUS	14	11,3
Total	**124**	**100**
Áreas de experiência anterior na gestão (nº = 137)		
Planejamento	49	36
Gestor Municipal	30	22
Coordenação de Programas	28	20
Gerente de Unidade/Serviço Nível Primário	19	14
Gerente de Unidade/Serviço Nível Secundário	11	8
Total	**137**	**100**

Nota: Construção das autoras.

5.2.1.4 Opiniões e percepções dos alunos sobre o curso

A maior parte dos alunos (38%) foi notificada da existência do curso através de comunicado do COSEMS, seguido da informação advinda de suas chefias imediatas (34%). Outros mecanismos, incluindo a divulgação pelo Instituto de Saúde Coletiva, mostraram-se menos eficazes (8%). A inscrição no curso feita por

alunos de todas as regiões geográficas do Estado, aliada ao mecanismo predominante de divulgação do curso, pareceu demonstrar a capilaridade do COSEMS junto aos municípios mato-grossenses (Tabela 6).

Tabela 6 - Mecanismos de divulgação do curso informados pelos alunos/egressos respondentes

Mecanismo de divulgação do curso	nº	%
COSEMS	19	38
Chefia imediata	17	34
Amigos e colegas	6	12
ISC/UFMT	4	8
Outro mecanismo	4	8
Total	**50***	**100**

Nota: Construção das autoras.
(*) dois respondentes indicaram mais de um mecanismo de informação sobre o curso

O curso de especialização previa a liberação do servidor pelo gestor municipal como um dos mecanismos para garantir maior adesão à proposta. A indicação do aluno pelo gestor municipal ou pelo próprio prefeito municipal foi informada em 45,6% das respostas dos alunos ao questionário do estudo. Ressalta-se, ainda, que 17,5% dos respondentes candidataram-se ao curso por solicitação própria, ainda que se constituísse em requisito para a inscrição a liberação institucional (Tabela 7).

Tabela 7 - Responsáveis pela indicação do aluno no curso informados pelos alunos/egressos respondentes

Indicação ao curso	nº	%
Chefia imediata	9	15,8
Gestor municipal	21	36,8
Prefeito municipal	5	8,8
COSEMS	8	14,0
ISC	2	3,5
Pedido próprio	10	17,5
Outra forma	2	3,5
Total	**57***	**100,0**

Nota: Construção das autoras.
*Nove respondentes assinalaram mais de uma resposta para a questão.

A definição de requisitos para os candidatos pleitearem uma vaga no curso de especialização deu-se com vistas a atrair profissionais atuantes na gestão e planejamento do sistema municipal e dos serviços de saúde, preferencialmente os

pertencentes ao quadro de efetivos da SMS. No intuito de garantir a adesão do candidato ao curso, estabeleceu-se que este deveria contar com o apoio do gestor municipal de saúde, através de sua indicação formal, buscando, dessa forma, comprometer o gestor municipal em apoiar o aluno ao longo do curso, coibindo a sua desistência por falta de apoio da gestão municipal. Além disso, em decorrência da parceria com o COSEMS, foi incluído como critério para a candidatura ao curso estar o município filiado e adimplente em relação a sua contribuição financeira ao Conselho.

Quando questionados sobre a adequação desses critérios em sua totalidade, 78,7% dos alunos respondentes julgaram-nos convenientes, no entanto dez alunos (21,3%) apontaram alguma restrição (Tabela 8).

Tabela 8 - Grau de adequação dos critérios de seleção adotados pelo curso segundo a opinião dos alunos respondentes do questionário

	Critérios de seleção	
	nº	%
Adequado	37	78,7
Parcialmente adequado	10	21,3
Inadequado	...	...
Total	**47**	**100**

Nota: Construção das autoras.
Um respondente não assinalou resposta à questão.

Detalhando esse julgamento para cada um dos critérios estabelecidos, observou-se que os alunos concordaram em alto grau com a exigência de apresentação de uma justificativa do aluno para se candidatar ao curso (95,7%). Essa mesma opinião foi estendida ao requisito segundo o qual o candidato deveria pertencer ao quadro permanente de servidores da Secretaria Municipal de Saúde. Em relação aos demais requisitos estabelecidos, a concordância foi menor especialmente no tocante à indicação do aluno pelo gestor municipal, sendo que aproximadamente a metade dos respondentes julgou o critério parcialmente adequado ou inadequado (Tabela 9). Para tanto, justificaram que essa indicação poderia ser informada por critérios outros que não a intenção de qualificar o servidor com vistas ao aprimoramento do sistema de saúde. Algumas das declarações apresentadas pelos inquiridos revelaram o temor da adoção desse critério como um dos requisitos exigidos aos candidatos ao curso:

> *[...] corre-se o risco de ser indicado alguém sem o perfil adequado para o curso ou ser privilegiado por ser alguém próximo ao gestor.* (A106).
> *[...] a princípio, esperamos que o gestor escolha o servidor ou trabalha-*

> *dor por seu merecimento, no entanto, muitas vezes não é o que acontece.* (A447).
>
> *A indicação do gestor, muitas vezes, não se relaciona somente à indicação técnica, podendo estar relacionada a indicações de caráter pessoal [...]* (A112).
>
> *A indicação pelo gestor municipal pode ter um componente político partidário ou afetivo forte, ou ainda outros interesses que não o de aperfeiçoar o sistema. Além dessa indicação poderia haver um processo seletivo para avaliar o grau de interesse e comprometimento com o SUS.* (A338).

Em relação à adimplência do município junto ao COSEMS, embora a concordância dos alunos tivesse sido maior (76,6%) que a constatada no item anterior (48,9%), algumas das justificativas apresentadas pelo grupo indicaram que o curso poderia constituir um motivador para a adesão dos municípios não filiados àquela entidade, não devendo, portanto, ser estabelecido, a princípio, como um requisito para a inscrição do candidato (Tabela 9).

Aos alunos e egressos do curso foram solicitadas sugestões de critérios para a seleção, os quais deveriam ser incorporados ao processo de inscrição dos canditados interessados na especialização. Entre as sugestões elencadas estavam a inclusão de uma entrevista; a análise de currículo e do perfil do candidato; a apresentação de um anteprojeto para ser desenvolvido no curso; a assunção do compromisso de se tornar, depois do curso, um multiplicador dos conhecimentos adquiridos; a consideração do fato de o candidato já possuir alguma especialização, haja vista o público-alvo do curso constar da população que ainda não a tivesse cursado; e a seleção aberta mediante a aplicação de uma prova a todos os interessados no curso. Quanto à realização de entrevista, um dos respondentes sugeriu que ela se desse no nível regional.

Tabela 9 - Grau de concordância com os requisitos exigidos para a seleção dos candidatos ao curso

Requisito	Grau de adequação					
	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado	
	nº	%	nº	%	nº	%
Justificativa do aluno (nº = 46)	44	95,7	2	4,3	...	...
Indicação do gestor municipal de saúde (nº = 45)	22	48,9	22	48,9	1	2,2
Pertencer preferencialmente ao quadro permanente da SMS (nº = 46)	44	95,7	2	4,3	...	...
Estar a SMS adimplente com o COSEMS (nº = 47)	36	76,6	6	12,8	5	10,6

Dentre os motivos que mais fortemente influenciaram a decisão dos alunos/egressos a se inscreverem no curso, foram assinalados: a necessidade de obtenção de novos conhecimentos sobre a gestão em saúde, o desejo de aprimoramento pessoal e a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos já adquiridos. Some-se a isso o interesse em atuar na área e a expectativa de ascensão profissional, embora de forma menos contundente que os primeiros (Tabela 10).

Os alunos informaram que a imposição de suas chefias, a necessidade de se afastarem temporariamente do trabalho e a expectativa de equiparação de titulação com outros colegas constituiram situações que não influenciaram ou pouco influenciaram suas decisões. Foram observadas respostas mais dispersas em relação à expectativa de ascensão profissional e à influência da recomendação das respectivas chefias imediatas como fatores motivadores para a inscrição no curso (Tabela 10).

Tabela 10 - Fatores de influência para a inscrição no CGSSS

Motivos	Grau de influência			Total
	Não influenciou	Pouco influenciou	Muito influenciou	
Aprimoramento pessoal	1	1	46	48
Ascensão profissional	8	11	28	47
Aprofundamento dos conhecimentos que possui	...	3	45	48
Obtenção de novos conhecimentos sobre gestão em saúde	...	1	47	48
Interesse em atuar na área	3	9	34	46
Imposição de seus superiores	46	2	...	48
Afastamento temporário do trabalho	46	1	1	48
Expectativa de estímulos financeiros pela titulação	34	10	4	48
Recomendação da chefia imediata	25	12	10	47
Equiparação da titulação com outros colegas	40	6	2	48

Nota: Construção das autoras.

Dos alunos respondentes, quatro elencaram motivos que influenciaram suas decisões para a inscrição no curso de especialização, mas que, a princípio, não foram indicados no questionário: o compromisso com a gestão e com o processo de organização do SUS; a possibilidade de sistematização, sob a forma de um trabalho científico, da experiência profissional já acumulada; e a oportunidade de conhecer pessoas que compartilhassem os mesmos objetivos.

Os estudantes foram questionados acerca do tipo de apoio que receberam ao longo do desenvolvimento do curso e sobre quem foi o responsável por sua liberação. Dentre os 48 respondentes, a maioria (68,8%) afirmou ter recebido, sim, algum tipo de apoio ou ajuda para frequentar o curso (Tabela 11), e, desse percentual, a maior parte dos informantes declarou que esse apoio proveio da SMS

(53,1%), seguido do apoio concedido diretamente pela prefeitura do município (25%). A menção ao auxílio advindo de outras instâncias e instituições foi menos representativa (Tabela 11).

Em relação ao tipo de ajuda/apoio recebido, 32,6% deles disseram ter sido contemplados com diárias, percentual esse idêntico ao referente àqueles sujeitos que foram liberados das atividades profissionais durante sua participação nos módulos presenciais do curso. Esse percentual deve ter sido subestimado, uma vez que a maioria dos alunos (senão todos os do interior) havia sido liberada de suas atividades, haja vista os períodos de concentração ocorreram na capital, em tempo integral e durante uma semana por mês, situação que dificilmente seria conciliável com o desenvolvimento concomitante de atividades junto às SMS. Outro tipo de apoio informado foi o recebimento de ajuda de custo/financeira para o custeio de despesas com hospedagem, alimentação, transporte ou combustível (21,7%). A esse respeito, seis alunos (13%) apontaram o recebimento de passagens rodoviárias.

Vale ressaltar que, mesmo não tendo sido questionados sobre a continuidade dessa ajuda, dois respondentes informaram que sua duração foi de apenas alguns meses, ou melhor, um período inferior ao do desenvolvimento do curso.

Tabela 11 - Tipo de apoio recebido pelos alunos do curso e responsável por sua concessão segundo a opinião dos alunos/egressos respondentes

Apoio/ajuda (nº = 48)		
	nº	**%**
Sim	33	68,8
Não	15	31,2
Responsável pelo apoio recebido (nº = 32)*	**nº**	**%**
Prefeito municipal	8	25,0
Gestor municipal/SMS	17	53,1
Chefia imediata	3	9,4
Direção do ISC	2	6,3
Direção do ERS	1	3,1
Secretário de finanças	1	3,1
Tipo de apoio/ajuda (nº = 46)**	**nº**	**(%)**
Diárias	15	32,6
Liberação das atividades no período do curso	15	32,6
Ajuda de custo	10	21,7
Passagens	6	13,0

Nota: Construção das autoras.
*Um respondente que recebeu apoio/ajuda não informou o responsável por sua concessão.
**Os respondentes que foram apoiados informaram mais de um tipo de ajuda recebida.

Ao final de cada módulo presencial do curso, foi aplicado aos alunos um instrumento padronizado de avaliação das atividades desenvolvidas em cada uma dessas unidades e considerando-se suas várias dimensões, o qual se constituiu num dos mecanismos de monitoramento do curso adotados pela coordenação. Também, optou-se por investigar, numa perspectiva mais abrangente, o grau de adequação dos conteúdos das disciplinas do curso, acerca do que os respondentes consideraram adequados (65,6%) ou completamente adequados (35,4%) em relação aos desafios e necessidades colocadas para a gestão do sistema e dos serviços de saúde do município onde residem os alunos do curso (Tabela 12).

Tabela 12 - Grau de adequação dos conteúdos das disciplinas do curso em relação aos desafios e necessidades do SUS municipal, segundo a opinião dos alunos/egressos do curso

Grau de adequação		
	nº	**(%)**
Completamente adequado	16	35,4
Adequado	31	65,6
Pouco adequado	...	...
Inadequado	...	...
Total	**47**	**100**

Nota: Construção das autoras.

Outra questão do questionário abordou o grau de importância conferido a cada disciplina do curso para a formação do aluno, considerando especialmente a sua atuação como gestor em saúde. Em relação a isso, a maioria dos educandos atribuiu grande importância às disciplinas do curso (Tabela 13), com destaque para Políticas de Saúde, a primeira delas e que foi avaliada por quase todos respondentes como sendo de grande importância para a sua formação (Tabela 13). Essa disciplina foi ministrada, em todas as turmas do curso, pelo mesmo docente do ISC, que goza de reconhecimento entre os profissionais de saúde do Estado por sua atuação anterior como gestor municipal, da capital, e estadual de saúde.

Em seguida, disciplinas como Planejamento em Saúde, Política de Recursos Estratégicos em Saúde e Modelos Assistenciais em Saúde foram igualmente bem avaliadas. Parecem merecer atenção as disciplinas de Epidemiologia e Avaliação em Saúde, Metodologia da Pesquisa, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Gestão de Sistemas de Vigilância em Saúde, as quais uma parcela dos respondentes avaliou como sendo de regular importância, indicando potencial de incremento de melhoria (Tabela 13).

Tabela 13 - Grau de importância das disciplinas para o processo de formação do gestor em saúde, segundo o julgamento dos alunos/egressos respondentes do questionário

Disciplinas	Pequena importância		Regular		Grande importância		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Política de Saúde	...	...	1	2,2	45	97,8	46	100
Modelos Assistenciais em Saúde	1	2,2	5	10,9	40	87,0	46	100
Planejamento em Saúde	...	...	5	10,9	41	89,1	46	100
Epidemiologia e Avaliação em Saúde	...	...	10	21,7	36	78,3	46	100
Metodologia da Pesquisa	2	4,3	19	41,3	25	54,3	46	100
Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde	2	4,3	15	32,6	29	63,0	46	100
Política de Recursos Estratégicos em Saúde	...	...	5	10,9	41	89,1	46	100
Gestão de Sistemas de Vigilância em Saúde	...	...	11	23,9	35	76,1	46	100

Nota: Construção das autoras.

A maioria dos indagados (83%) afirmou que o curso alcançou plenamente os objetivos propostos e outros (17%) revelaram que os objetivos foram parcialmente atingidos (Tabela 14).

Tabela 14 - Alcance dos objetivos propostos pelo curso segundo o julgamento dos alunos/egressos do curso

Objetivos propostos pelo curso	nº	%
Sim, os objetivos foram plenamente alcançados.	39	83,0
Os objetivos foram parcialmente alcançados.	8	17,0
Não, os objetivos não foram alcançados.	-	0,0
Total	**47***	**100,0**

Nota: Construção das autoras.
*Um respondente não assinalou nenhum item para a questão formulada.

Entre as justificativas apresentadas, o alcance dos objetivos foi relacionado, na percepção da clientela, ao aprofundamento e ampliação dos conhecimentos ligados à gestão em saúde. O público participante também relevou o fato de o

curso ter-lhe possibilitado aplicar os conhecimentos adquiridos nos processos de trabalho em que se inserem:

> *[O curso possibilitou a] aplicação diária dos conhecimentos adquiridos em todos os processos de trabalho que executo ao longo das atividades profissionais*. (A0109).
> *[...] o curso atingiu os objetivos, pois conseguiu capacitar alunos para a identificação dos problemas na gestao do sistema e serviços de saúde e para buscar soluções, mediante a aplicação de instrumentos da área de programação, visando adequar as propostas às demandas colocadas pela gestão local do SUS*. (A0225).

Outros pesquisados declararam que, após o curso, passaram a se sentir preparados para atuar como gestores ou para apoiar os gestores municipais da saúde:

> *[...] me sinto preparado para ser gestor ou para contribuir com a gestão do SUS em meu município*. (A0111).
> *[...] me preparou para melhor gerenciar serviços e ações do SUS e subsidiar o meu gestor*. (A0219).

Ou, de forma mais ampla: "*Os objetivos foram alcançados, pois foram abordados todos os principios que norteam o SUS e a Saúde Pública de um modo geral.*" (A0439).

Os respondentes para os quais o curso atingiu parcialmente os objetivos atribuíram justificativas bastante vagas a tal julgamento, sendo que pelo menos dois deles apontaram para a necessidade de se promover a aplicação prática dos conhecimentos relacionados à disciplina de planejamento: "*Esperava ter mais aulas e laboratório de planejamento.*" (A0213).

Os alunos foram questionados sobre a adequação do formato do curso, que, por cerca de nove meses consecutivos, ocorreu em períodos de concentração (uma semana por mês), durante os quais foram desenvolvidas atividades teóricas, aulas e seminários. Nos períodos de dispersão, o aluno retornava ao seu município e realizava exercícios, levantamento e análise de dados, ou outras atividades relacionadas à disciplina ministrada. No momento de um novo período de concentração, o professor do módulo/disciplina anterior retornava à sala de aula para discutir com a turma as dificuldades encontradas durante a fase de dispersão e os resultados dos exercícios. Em face disso, mais de 93% dos alunos julgaram adequado o formato modular do curso (Tabela 15).

O curso previa, ainda, que os trabalhos propostos pelos módulos/disciplinas deveriam se afastar de um objetivo estritamente acadêmico, alinhando-se às demandas do cotidiano da gestão do SUS municipal. De forma contundente, 97,8% dos alunos respondentes ao questionário avaliaram que, efetivamente, esse aspecto do curso foi adequado (Tabela 15).

Tabela 15 - Grau de adequação do formato modular do curso e dos trabalhos das disciplinas ministradas em relação ao cotidiano da gestão municipal, segundo o julgamento dos alunos/egressos respondentes

Grau de adequação	Formato modular (nº = 47)		Trabalhos das disciplinas (nº = 46)	
	nº	%	nº	%
Adequado	44	93,6	45	97,8
Parcialmente adequado	3	6,4	1	2,2
Inadequado	...	...	...	...
Total	**47**	**100**	**46**	**100**

Nota: Construção das autoras.

A composição do corpo docente do curso visou atender à necessidade de se combinar saberes e práticas entendidas como complementares na formulação do programa: o conhecimento e a experiência em relação às questões da gestão municipal do SUS e a indispensável reflexão teórico-metodológica para sua abordagem. O perfil ideal do docente do curso seria aquele que apresentasse esses dois quesitos aliados ao domínio de habilidades para o exercício da função docente. Com esse intuito, foram convidados a participar do curso professores do ISC, tanto do Departamento de Saúde Coletiva (quadro efetivo) quanto do NDS (quadro de servidores majoritariamente efetivos da SMS de Cuiabá e da SES/MT e cedidos ao ISC). Além desses, participaram do curso profissionais convidados, vinculados à SES/MT e à SMS de Cuiabá.

Através do questionário aplicado, 76,6% dos alunos julgaram adequado o desempenho desse quadro de professores, e outros 23,4% avaliaram-no como parcialmente adequado (Tabela 16).

Tabela 16 - Grau de adequação do desempenho do corpo docente, da coordenação do curso e autoavaliação, segundo o julgamento dos alunos respondentes

Grau de adequação	Desempenho docente		Desempenho da coordenação		Desempenho do aluno	
	nº	%	nº	%	nº	%
Adequado	36	76,6	43	91,5	32	68,1
Parcialmente adequado	11	23,4	4	8,5	14	29,8
Inadequado	...	...	...	...	1	2,1
Total*	**47**	**100**	**47**	**100**	**47**	**100**

Nota: Construção das autoras.
*Um respondente não assinalou nenhum item para as questões formuladas

As críticas dos alunos parecem referir-se justamente às situações nas quais não houve harmonia entre domínio teórico e conhecimento da realidade da gestão municipal, conforme reportado por eles mesmos:

> *Alguns professores não tinham conhecimento da realidade dos serviços no município e isso dificultava o diálogo com os alunos. Outros voltaram-se mais para a teoria, isso também por falta de experiência no serviço*. (A103).
> *Alguns profissionais tiveram dificuldade na metodologia, apesar de perceber que tinham conhecimento*. (A107).
> *Havia alguns profissionais que sabiam muito na teoria, mas não sabem trazer a informação para o dia a dia e as aulas expositivas são muito cansativas, quando o professor tem domínio teórico e da prática, ele não se prende à aula expositiva*. (A214).

A coordenação do curso foi compartilhada entre um coordenador designado pelo ISC e um coordenador designado pelo COSEMS. Neste último caso, o exercício da função pelo coordenador do Conselho permaneceu inalterado ao longo das quatro turmas do curso, enquanto o do ISC se deu, durante as duas primeiras turmas, por um docente do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) e, nas turmas seguintes, por profissionais do serviço cedidos ao NDS/ISC-UFMT.

Tal como na organização do corpo docente, essa composição visava proceder ao monitoramento e acompanhamento da necessária interação entre os diferentes olhares sobre a gestão municipal do SUS, os quais deveriam estar harmoniosamente combinados para sustentar o processo de formação dos gestores. Além disso, seria essa coordenação responsável pela mobilização dos recursos imprescindíveis à implementação do curso. No geral, 91,5% dos alunos avaliaram como adequado o desempenho da coordenação do curso (Tabela 17), além de ter o grupo de educandos tecido críticas à alteração ocorrida no calendário sem a sua consulta prévia.

Ressalte-se que os alunos foram mais rigorosos no julgamento do próprio desempenho, ainda que 68,1% o tivessem avaliado como adequado. Esse rigor pode estar associado à maturidade da clientela do curso e ao alto grau de exigência que se imputa ao gestor e à equipe gestora do SUS municipal no seu atual estágio de desenvolvimento (Tabela 16).

Verifica-se, ademais, que a quase totalidade dos estudantes (93,5%) considerou que o curso contribuiu efetivamente em diferentes aspectos para a sua atuação como gestores (Tabela 17):

Tabela 17 - Grau de contribuição do curso para a atuação como gestor, segundo os alunos/egressos do curso

Grau de contribuição do curso	nº	%
Contribuiu	43	93,5
Contribuiu parcialmente	2	4,3
Não contribuiu	1	2,2
Total	**46***	**100,0**

Nota: Construção das autoras.
*Dois respondentes não assinalaram nenhum item para a questão formulada.

Entre os aspectos destacados nas falas dos alunos, outra evidência diz respeito ao fato de o curso ter oportunizado o estabelecimento de uma articulação entre a teoria e a realidade municipal, bem como a aplicação dos conhecimentos adquiridos ainda durante a sua realização. Nessa perspectiva, instrumentalizou o gestor através da discussão de métodos, técnicas e outros instrumentos de trabalho que dão suporte e conferem maior agilidade ao processo de tomada de decisões na gestão do SUS.

> *[...] estar sempre buscando comparar a teoria com a realidade municipal ajudou a refletir bastante sobre o processo de organização dos serviços, especialmente as questões ligadas ao planejamento. Buscar o planejamento participativo, trabalho em equipe e acompanhamento [...] foram algumas das coisas que até hoje ainda tento aplicar e tem sido bastante gratificante.* (A101).
>
> *A prática cotidiana de gestão do SUS, em qualquer nivel de governo, seja federal, estadual ou municipal, coloca um enorme desafio aos gestores que é o de identificar e selecionar conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que o ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade, e com o curso [CGSSS] adquiri embasamento para implementar o processo das poíiticas de saúde do SUS e tomar determinadas decisões.* (A223).
>
> *Durante e após a realização do curso já desenvolvi capacidade para solucionar e entender os problemas oriundos na secretaria [municipal de saúde], bem como o planejamento e a tomada de decisões tem sido mais rápida.* (A326).

A elaboração do trabalho final do curso, no caso do CGSSS, no formato de monografia, parece constituir uma etapa crucial da pós-graduação *lato sensu*, como já referido por estudos anteriores (DUARTE, 2001). Então, a propósito do julgamento dos alunos/egressos sobre aspectos dessa etapa do curso, como o formato e os prazos concedidos para a elaboração e entrega da monografia, os informantes consideraram-nos adequados (93,8% e 93,6% respectivamente) (Tabela 18).

Tabela 18 - Grau de adequação de aspectos relacionados à monografia (formato, orientação, prazos e seminários de acompanhamento) na percepção dos alunos/ egressos do curso

Grau de adequação	Formato da monografia		Orientação da monografia		Prazo de elaboração e entrega		Seminários de acompanhamento	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Adequado	45	93,8	42	87,5	44	93,6	38	79,2
Parcialmente adequado	2	4,2	5	10,4	1	2,1	7	14,6
Inadequado	1	2,1	1	2,1	2	4,3	3	6,3
Total	**48**	**100,0**	**48**	**100**	**47**	**100,0**	**48**	**100,0**

Nota: Construção das autoras.

Quanto à orientação, 87,5% dos respondentes a consideraram adequada, apesar de ter havido "queixas" relacionadas à própria condição do estudante, como a obrigatoriedade de retorno ao trabalho e a falta de tempo disponível, além da dificuldade estabelecida pela distância física entre orientando e orientador.

> *Não tive muito contato com a minha orientadora, dificuldades na maioria imposta por mim mesmo, falta de tempo*. (A2).
> *Em virtude de não estar mais vezes em Cuiabá, somente o repasse via e mail com o orientador deixa muitas dúvidas e insegurança*. (A4).

5.2.2 Implementadores: opiniões e percepções sobre o curso

Pode-se dizer que o CGSSS tinha por objetivo mais imediato a formação de gestores e equipes gestoras do SUS e, ainda, o incremento da Rede de Apoio ao SUS, cuja organização encontrava-se em estágio inicial no momento da formulação do programa/curso. No contexto institucional apresentado, o CGSSS se constituiu como uma das estratégias de um projeto técnico e político mais amplo com vistas a qualificar profissionais envolvidos com a gestão do SUS municipal para o processo de tomada de decisão ou para influenciá-lo na direção do seu fortalecimento no Estado.

A qualificação desses atores possibilitava a ampliação do alcance do COSEMS quanto à composição da referida Rede, na qual a adesão do aluno era formalizada no momento do seu ingresso no curso, sendo que, daí por diante, ele poderia ser mobilizado em diversas ocasiões, situações, atuando nas mais diferentes regiões do Estado onde o COSEMS estaria, de certa forma, representado e dando sustentabilidade à gestão municipal do SUS.

É válido ressaltar que o conhecimento da amplitude da proposta por parte de seus implementadores é essencial para a sua efetivação, ou seja, é preciso saber

onde se quer chegar em última instância. Nesse sentido, os objetivos do programa tanto no que se refere à formação quanto à Rede eram bem conhecidos pelos diferentes segmentos dos implementadores:

> *[...] vamos qualificar o pessoal dos municípios e vamos "puxar" eles pra apoiar o COSEMS! Nós não vamos conseguir ter uma equipe. [...] Nenhum COSEMS no País tem equipe de 80 funcionários. Não existe isso. Mas nós podemos ter 80 colaboradores... cem, quinhentos... sei lá, de acordo com a nossa capacidade de articulação de financiamento e de manutenção da capacitação voltada para a formação política pra que ele aprenda de forma generalista do SUS e não de forma pontual. Não adianta eu ter alguém pra ir lá dar um curso de financiamento – ele precisa entender o financiamento no contexto da Emenda Constitucional 29; o financiamento no contexto da política de saúde qual é a implicação dele, né. Então, é uma formação política, cidadã; muito mais do que uma formação técnica de como administrar sistema, de como dar curso de curativo, sei lá o quê.* (I4).-
> *Então, a proposta inclusive ela está realimentando essa formação com uma rede que funcionaria não só na manutenção dessa perspectiva, da própria formação desse pessoal, mas também trabalhando dentro de apoio a novas demandas administrativas, uma rede que fosse... circulasse um pouco mais as dificuldades para a implementação de uma nova forma de gestão e também um partilhamento de trabalhos feitos, de diagnósticos e de uma série de coisas.* (I11).

As características dos profissionais que ocupavam cargos de gestão (LUNA, 2008) e dos municípios mato-grossenses, quanto ao porte populacional e dispersão espacial/distância da capital, foram ponderadas na definição do foco e do objetivo do CGSSS, quais sejam qualificar gestores (formar, capacitar, atualizar) a partir das demandas vivenciadas (imediatas ou não), atendendo ao maior número de municípios e, em especial, àqueles de pequeno e médio portes (a maioria no Estado), entendendo-se que neles o impacto/as contribuições do curso poderiam ser maiores, haja vista os profissionais das equipes responsáveis pela gestão local serem em número reduzido. O foco na gestão municipal e na interiorização é expresso pelos implementadores ao discorrerem sobre o objetivo do curso:

> *E a prioridade do curso era a interiorização, buscar o pessoal do interior, né. Tanto é que só teve uma... duas vagas pra Capital – duas vagas pra capital – uma vaga só foi usada, mas a decisão era trazer do interior.* (I4).
> *Uma coisa que me parece que é interessante é que a gente atendeu a 70 municípios do estado [em torno disto, não tenho o nº certinho de cabeça] com característica de adesão aos pequenos e médios municípios. Os grandes municípios no início... foi muito difícil da gente convencer que o curso era bom, que o curso tinha interesse em qualificar a gestão, em melhorar a gestão do SUS no Estado, né. Até hoje eu não sei se [...] os municípios maiores [...] se tiveram tanta adesão ao curso quanto os municípios de*

> *médio e pequeno porte. Por que aí um profissional formado faz muita diferença, uma imensa diferença... E nos municípios maiores a gente já sabia que ia ter que formar um volume muito maior de gestores pra de fato interferir neste processo de aprimoramento da gestão.* (I2).

5.2.3 Sobre a clientela e o processo seletivo

O perfil da clientela a ser atendida pelo curso reflete-se na adequação do **processo seletivo e** afeta a implementação do curso (quanto ao desempenho do aluno, resultados alcançados).

Considerando o potencial público-alvo (gestores) do curso, o processo seletivo não poderia ser tradicional, e, embora a academia tenha compromisso com a formação de recursos humanos em todos os níveis, compreendia-se a necessidade de se enfocar a qualificação da gestão municipal, dada a sua pertinência para o fortalecimento da descentralização.

Desse modo, se a clientela deveria ter vínculo com a gestão (para que fosse possível a tomada de decisão), tratava-se de um grupo já "fechado", definido. Nesse sentido, o processo seletivo reafirmava o compromisso do COSEMS com a qualificação dos gestores atuantes, mas em alguns momentos era preciso recorrer às normas acadêmicas para se garantir a legitimidade do processo, como ilustra o fragmento de texto que segue:

> *A gente tinha uma clientela a atender [...] – lógico que cumprindo os mínimos requisitos acadêmicos, né, mas com uma seleção prévia de que quem está num cargo comissionado, que é de indicação do gestor municipal, do prefeito municipal, estar secretário municipal. Eu não posso ter muito critério – é aquele profissional que está lá. O que a gente estabeleceu é que, de preferência ele fosse de carreira, de preferência que ele fosse do quadro permanente do município, mas se ele é o gestor municipal ele é a nossa clientela privilegiada. Se ele contasse com o aval do prefeito e se ele tivesse [aí por conta da parceria com o COSEMS] se estivesse adimplente com a contribuição com o COSEMS, ele seria a nossa clientela privilegiada, independente do grau de conhecimento que ele tivesse do SUS. Porque se ele fosse muito ruim no SUS a gente precisava aprimorar o conhecimento que ele tivesse e instrumentalizá-lo para ser gestor do SUS. Se ele fosse muito bom – ótimo, ele também seria nossa clientela, mas ai o processo não podia ser um processo excludente, seletivo, de aplicação de uma prova, né. Então nós tivemos um processo diferente, que em determinada situação você teve que intervir, apelando para a norma legal – porque aí, por exemplo, você tem gestor de nível médio. E o gestor de nível médio não pode participar de uma pós-graduação de nível superior. [...] Então em algum grau houve a flexibilização da norma acadêmica e [...], em algumas situações, nós tivemos que nos valer da norma acadêmica [...]. Embora esta seja uma realidade do estado: você tem gestores de nível médio [...] em muitos municípios, mas para estes nós temos que pensar outro processo [...]* (I2).

A crítica dos implementadores quanto à seleção foi recorrente e não se referiu aos critérios empregados em si, mas ao peso da indicação do candidato pelo gestor, que deveria ser relativizado, nesse processo, por um perfil acadêmico. No entendimento dos implementadores, o caráter decisivo e isolado da indicação poderia influenciar no desempenho do aluno, refletindo nos resultados quantitativos e qualitativos do curso (desempenho em sala de aula, nos trabalhos das disciplinas, na conclusão da monografia).

Considerando a proximidade do COSEMS com os municípios, coube-lhe divulgar o curso, sensibilizar os gestores e identificar os potenciais alunos, além de, posteriormente, apresentá-los para matrícula, pois "*[...] isso era uma prerrogativa do COSEMS dentro do que foi acertado no desenvolvimento do curso.*" (I1), ou seja, os critérios foram acordados entre as instituições parceiras.

No entanto, lidou-se na seleção com candidatos ímpares, indicados pelos gestores. Essa situação foi considerada um aspecto a ser revisto na oficina de avaliação da Turma I. Mas, os ajustes apontados para a superação dessa fragilidade, indicada pelos implementadores e alunos, não foram incorporados. Dessa forma, julga-se que o processo seletivo para as turmas vindouras merecerá atenção para o ajuste de mecanismos por meio dos quais os problemas apontados possam ser superados.

> *[...] que essa situação de ser o COSEMS que faz a articulação etc. e tal, é ótima, excelente. Só que além do COSEMS fazer a articulação do gestor indicar pessoas, ele deveria de cada município indicar 3, não uma. Sei lá três. Dentre essas 3 a Universidade selecionaria quem. Uma entrevista, não precisaria fazer prova necessariamente, mas uma entrevista... ver o perfil da pessoa pra ver se preenche pelo menos os requisitos.* (I1).

Todavia, esse ponto tornou-se motivo de controvérsias entre implementadores: enquanto alguns sugeriram o estabelecimento de mecanismos de concorrência entre os "indicados", o que permitiria selecionar um candidato com habilidades acadêmicas básicas às atividades de um curso de especialização e uma maior valorização da vaga "conquistada"; sem ignorar a inviabilidade dessa prática para os municípios de pequeno porte (que compõe a maioria em Mato Grosso), outros alegaram que, se o candidato é ou ocupa cargo na equipe gestora (e atender aos demais critérios de inscrição), o curso deve trabalhar com ele:

> *Agora, evidente, que muitas vezes vinham pessoas que não tinham a suficiente qualificação necessária para o curso e aí foi necessário que se fizesse um processo seletivo mínimo através de entrevista, através de currículo, etc, para que a gente pudesse superar essa questão. Agora eu acho que esse modelo que é um "mix" de indicação e seleção ele é um modelo ideal para esse tipo de curso [...]* (I5).
> *Será que a gente tem que ser rígido no processo seletivo? Ou menos rígido? Eu não sei. Eu acho que devemos trabalhar com os recursos humanos*

> *que nós temos. É esse recurso humano que ta lá, né. Então, a seleção, acho que tem que ser em cima de programas, de pessoas que estão a nível mesmo da gestão do sistema local, né.* (I9).

Outro critério utilizado para nortear a indicação do candidato era o seu pertencimento "preferencialmente" ao quadro de pessoal efetivo e permanente do SUS municipal. Esse critério, em alguns momentos, mostrou-se impraticável, haja vista ser comum que os profissionais nomeados como secretários municipais de saúde apresentem vínculo de livre nomeação para cargo comissionado. Os alunos, por sua vez, concordaram fortemente com o fato de as vagas serem ocupadas por pessoas do quadro efetivo, pois isso implicaria a possibilidade de continuidade e maior contribuição com a gestão.

A concepção de que a vaga do curso pertencia ao município (e não ao candidato ao curso) referendou o critério segundo o qual a secretaria municipal de saúde, para a indicação de um aluno, deveria ser filiada e estar adimplente em suas contribuições ao COSEMS. Embora esse critério pudesse estimular a filiação e se configurar como contrapartida aos municípios já filiados, segundo afirmam os implementadores, ele foi flexibilizado para atender o maior número de municípios.

Um aumento da referida filiação ocorreu efetivamente por ocasião da Turma III, o que para alguns talvez tenha sido estimulada pelos próprios resultados positivos atribuídos ao curso. Como os implementadores referiram, depois da Turma I, ainda que o COSEMS tivesse municípios filiados em todas as regiões, a prioridade da interiorização do curso justificou a flexibilização daquele critério.

> *Tinha como critério, assim, que a gente ia priorizar os municípios afiliados ao COSEMS, só que a gente nem usou isso porque aqueles que se interessaram a gente fazia: "Ah, então você vai se filiar ao COSEMS..." E teve muitos que não se filiaram até hoje... [...] Esse critério foi utilizado pra trazer mais gente pra adesão, mas ele não foi um critério de exclusão. [...] Tiverem vários municípios que não tinham filiação no COSEMS e foram beneficiados com os alunos. Então, nesse primeiro momento havia esse critério e ele nem foi significativo, porque a gente não conseguia nem fechar a turma com os interessados, né.* (I4).
>
> *Então [...] quando a gente fez as primeiras turmas, a gente não achou justo abrir vagas pra todos ao mesmo tempo: [...] nós priorizamos os municípios que eram filiados ao COSEMS. E isso filiado tinha em todas as regiões do estado [...] Então, nós fizemos a seleção: primeiro interiorizar e segundo [...] que fosse filiado. Mas isso não foi uma regra que ficou pra todos. Num 1º momento essa foi uma estratégia que a gente utilizou, até pra que a gente conseguisse também que aumentasse a filiação do COSEMS, porque o COSEMS dependia disso: não tem parceria, não tinha nenhum outro aporte financeiro que não fosse dos municípios, né. Mas depois já não ficou. Tanto é que nós temos funcionários que eram do ERS e o ERS não é filiado ao COSEMS.* (I7).

5.2.4 O formato do curso

Assim, a implementação do curso requeria um **formato** peculiar, que pudesse atender aos objetivos colocados para atender a uma clientela especial. Nessa perspectiva, deveria ser "diferente" daqueles tradicionalmente oferecidos pela academia, levando em consideração as demandas concretas de uma clientela específica, disponibilizando ferramentas e conhecimentos ao enfrentamento dos desafios colocados em situação pelo sistema municipal de saúde. Ajustes foram empreendidos nas formas clássicas de operacionalização dos cursos de especialização até então ofertados pelo ISC, bem como nas interpretações de normas acadêmicas, os quais se tornaram matérias postas em pauta e calorosamente debatidas e consensuadas pelas instituições parceiras. A diferença, que já se havia mostrado no processo seletivo, também se deu em outros aspectos, como se verá a seguir.

Considerando-se a centralização dos blocos teóricos das disciplinas do curso e as distâncias dos municípios contemplados, definiu-se que os componentes curriculares fossem ofertados de forma **modular**, durante uma semana por mês. Essa característica do curso tem suas vantagens, que, porém, podem ser repensadas diante das novas necessidades postas pela dinâmica dos quadros de gestores e das novas versões do curso.

É compreensível que o afastamento dos profissionais das atividades para a participação em capacitações gere preocupação, ainda mais no caso de municípios de pequeno e médio porte. Por isso, ocorreram ajustes na carga horária ao longo das quatro turmas, bem como foi sugerida a descentralização do curso. Talvez os componentes de educação a distância previstos para as turmas vindouras possam ajudar a contornar em parte os problemas decorrentes dos afastamentos:

> *[...] outro aspecto de dificuldade que a gente identificou ao longo desse processo foi em relação à questão da carga horária dos cursos. Sempre foi muito difícil manter os gestores a semana inteira aqui. Isso sempre foi, assim, uma cobrança muito grande deles que eles tivessem alguma atividade de dispersão, que eles ficassem só 3 dias da semana e isso nunca foi aceito aqui na Saúde Coletiva, né. Essa foi uma dificuldade, né. [...] Agora pro 5º e 6º cursos que a gente vai estar conseguindo mexer com essa parte que era uma necessidade.* (I4).
>
> *Então, talvez o recurso financeiro se ele fosse um pouco maior, nós poderíamos estar descentralizando o curso, né. [...] Isso seria assim [...] o que seria a coisa principal que poderia mudar hoje no curso, na estrutura do curso, pra mim seria a descentralização. E aí sim, teria que pedir um aporte maior porque tem os professores... talvez você não encontre professores nas regiões, mas eu acho que tinha que descentralizar no mínimo pra umas cinco regiões [...]* (I7).

O fato de a maioria dos alunos procederem do interior do Estado faz com que o deslocamento para a capital e o afastamento do local de serviço seja otimizado para a realização de outros compromissos, institucionais ou pessoais, podendo influenciar o desempenho do estudante. Logo, constituem um aspecto a ser pensado no momento tanto da elaboração do formato do curso quanto da sua implementação.

> *Eu acho que tem algumas coisas assim que complicam o curso, não sei como contornar isso. Por exemplo, o pessoal vem para aquela semana modular, mas eles também nesta semana – eu já percebi – vem resolver alguma coisa na SES, [...] na Escola [de Saúde Pública], pra... ir ao shopping, sabe. Então tem um tom meio de festa que quando vem para cá e que talvez [...] o curso devia criar mais essa coisa da ambiência do trabalho. Do trabalho que eu digo assim, das leituras... muita coisa, por exemplo, da disciplina [...] a gente acabou optando que toda a leitura ela é feita no horário de sala, pra garantir que eles trabalhem a leitura*. (I6).

5.2.5 Corpo docente, disciplinas e o trabalho de conclusão de curso/ monografia

Compreender e atender às demandas postas pela gestão do SUS trazia implicações referentes ao corpo docente a ser envolvido, às disciplinas com seus respectivos conteúdos e à metodologia adequada, viabilizando a articulação entre ensino e serviço.

Quanto ao **corpo docente**, a possibilidade/autonomia de convidar os instrutores e orientadores para participar do curso mostrou-se vantajosa, pois se orientava pelo critério da experiência acadêmica ou assistencial/em serviços de saúde, permitindo a composição de um quadro misto de instrutores com base em sua experiência ou sensibilidade às questões da gestão.

Nesse sentido, os docentes responsáveis pelos módulos pertenciam ao quadro da UFMT, mas contava-se também com convidados vinculados aos serviços de saúde (para docência ou orientação de monografia), e isso delineava um perfil que se mostrava adequado, segundo expresso nesta afirmação: "[...] ele fala o que eu entendo. O outro não fala [...]" (I4).

No entanto, se de um lado essa mescla de instrutores relativamente a sua relação com a gestão é desejável, ela nem sempre é possível ou viável, porque pode não ser comum que o profissional atuante nos serviços de saúde identifique-se e disponha-se à docência, bem como deter habilidades para tal. Da mesma forma, nem sempre os docentes com perfil "acadêmico" atingiam a aproximação suficiente com a realidade dos alunos.

> *Então a gente combinou, desde o colegiado do curso até no corpo docente do curso, pessoas do Instituto que tivessem o perfil acadêmico, mas fossem sensíveis às questões da gestão. Com pessoas que tivessem a experiência da gestão, mas que tivesse também algum domínio ou experiência acadêmica, né. Então é o cara que está nos serviços e aprendeu ou tem experiência em dar aula ou participar de processo de formação; ou é o professor que está na academia, mas também que seja sensível ou tem alguma aproximação ou experiência com a gestão dos serviços e do sistema de saúde*. (I2).

Os docentes convidados deveriam também afinar-se à proposta pedagógica adotada pelo curso, baseada na **metodologia da problematização**. Essa metodologia coloca o aluno no centro do processo de ensino-aprendizagem, parte da realidade vivida pelo profissional e tem se mostrado oportuna em processos educativos com adultos, profissionais e na área de saúde (BORDENAVE; PEREIRA, 1982; BERBEL, 1998; BRASIL, 2005) - tal como ocorreu no curso em questão, tendo sido prevista desde o seu projeto orientado pela proposta da Educação Permanente.

Mais uma vez, o critério de adoção dessa metodologia levou em conta o perfil da clientela atuante na gestão, ainda que nem sempre formada na área de saúde (LUNA, 2008), mas envolvida com a prática e, mesmo, um pouco distanciada de atividades de caráter acadêmico e, portanto, não familiarizada com leituras e redação de textos acadêmicos. Por isso, fazia-se necessária a valorização da experiência do educando, motivando o seu envolvimento no processo pedagógico. A propósito, a "aprendizagem significativa" "[...] ocorre, quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe [...]", propiciando, assim, o diálogo entre o saber técnico e o saber cotidiano, ou seja, a experiência (BRASIL, 2005, p. 13).

> *Então a gente tinha muito claro quem era a nossa clientela e tinha muito claro que este curso tinha que estar centrado nas demandas dessa clientela: que seriam as demandas de um sistema municipal de saúde. Que essa clientela é uma clientela de adulto, é uma clientela de quem provavelmente não tinha especialização ou se tinha não era na área da gestão, mas estava atuando como gestor, estava com a "batata quente" no colo. Não dava pra formar e depois ele voltar e pensar nas demandas que o sistema de saúde apresentaria a ele. Ele estava com demandas hoje, pra ser resolvidas hoje e isso a gente queria trazer para dentro do curso como objeto da formação. Então isso ficou muito claro*. (I2).

> *Então, eu sempre defendi exatamente esse mix de professores com formação acadêmica, formal [pós-graduação, mestrado, doutorado etc.], mas também trazendo como professores, pessoas ligadas aos serviços. Então eu acho que esta mistura, ela foi muito a cara do curso: [...] ele não ficou "pairando" sobre a realidade – aquele academicismo de salão, aquela coisa de exibir conhecimento, que muitas vezes a gente observa em muito*

> *desses cursos de pós-graduação. Pelo contrário, ele traz um conhecimento teórico, mas fundamentado nessa prática, nessa troca de experiência com o serviço*. (I5).

Embora os instrutores tenham sido avaliados positivamente pelos implementadores quanto à competência técnica em relação à gestão e tivessem, de modo geral, domínio do tema, alguns apresentaram dificuldades didáticas. Da mesma forma, instrutores com experiência como docentes incorriam em academicismos e "excesso de teoria", somando-se a isso a dificuldade de articulação desses conteúdos com a prática. Alternativas como as "dobradinhas", em que docentes de origens diferentes trabalhavam juntos um componente curricular, contornavam essa questão, e, em outros casos, a substituição era feita na turma seguinte, complementando-se o conteúdo.

> *Em algumas situações nós trouxemos [pessoas] muito boas dos serviços e que tiveram dificuldades de se adaptar à condição ou à função docente e os alunos rejeitaram em algumas situações. Há pessoa que sabe muito [...], mas a didática dela, a interação... o momento de interação com os alunos é muito ruim. [...] a avaliação foi ruim aí a gente entrava complementando botava outra pessoa ou para aquelas situações. No curso seguinte alterar a pessoa, tentar com uma outra pessoa ou, nesse caso especificamente, a gente manteve a pessoa mas botou outra pessoa trabalhando junto com ela, que tinha o perfil melhor [...]* (I2).

Nesse sentido, nota-se em alguns relatos menção ao desequilíbrio na dosagem de uma abordagem teórica e prática dos problemas vivenciados pela gestão e trazidos pelos alunos. Se o privilégio à dimensão prática pode conduzir a certa superficialidade, imediatismo e tecnicismo, que isoladamente pouco contribuem para o desenvolvimento de uma autonomia intelectual, a abstração teórica excessiva e descolada da prática torna o conteúdo pouco atrativo e significativo para alunos que são profissionais já atuantes.

Esperava-se partir da problematização da prática (da realidade) para, em seguida, apresentar instrumentos teórico-práticos voltados à compreensão e enfrentamento das questões postas. Assim, a adoção de um meio termo pareceu ser a conduta ideal para subsidiar o desenvolvimento do senso crítico e a reflexão sobre os problemas colocados pela gestão e para transformar a realidade a partir de conhecimentos teóricos.

> *[...] Porque eles queriam mais ferramentas operacionais do que pensar a realidade e em cima dela fazer suas próprias ferramentas, né. [...] Eu acho que não foi uma questão tranqüila e acredito que tenha sido essa perspectiva: de ser algo muito operacional, que era esse o desejo inclusive dos alunos, e a gente ter que trabalhar com algo também de cunho teórico de discussão que não estavam, né, simplesmente na instrumentalização*

> *[...].[...] Então, eu acho que a gente entra nessa discussão para o mestrado acadêmico e do mestrado profissional que, de uma certa forma, se a gente tirar a discussão mais teórica, tanto de um quanto de outro, eu nem faço uma coisa bem feita de um lado nem de outro, né.* (I11).

A escolha pedagógica tem implicações diretas nos conteúdos a serem trabalhados, tendo-se estabelecido, no curso, que seriam **relativamente flexíveis**: como o curso propunha auxiliar nas respostas aos desafios colocados pela gestão em situação, as demandas eram identificadas junto aos alunos (ou pelo contato da coordenação do curso e dos docentes ao longo das disciplinas, ou por documentos do município referentes à gestão do SUS local, seus indicadores e situação de saúde) para, então, se proceder ao balizamento dos conteúdos, trabalhados em sala sempre que possível, mas também em **seminários temáticos**, quando necessário.

Neste último caso, foram convidados especialistas no assunto (como foi o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal, do Pacto de Gestão, da Atenção Primária, da Política de Educação Permanente e da Integralidade, entre outros), estabelecendo-se um ambiente privilegiado ao preenchimento de lacunas ou aprofundamento de conteúdos e à otimização de recursos, além de se constituir num momento de participação da comunidade acadêmica e de outras instituições, já que se tratava de eventos abertos.

Nessa perspectiva, as disciplinas e conteúdos foram desenhados com vistas a permitir a articulação teórica e prática, em consonância com os princípios da EPS.

Seguindo essa mesma lógica, o **trabalho de conclusão de curso** igualmente deveria buscar a vinculação entre teoria e prática. Tendo-se optado pela modalidade da monografia, foram apontadas algumas dificuldades referentes a quatro aspectos relacionados entre si: o tema e o formato, o perfil dos alunos, a disciplina de metodologia científica e a dinâmica dos mecanismos de acompanhamento para a sua elaboração.

Da mesma forma que as disciplinas e seus conteúdos, a definição dos **temas** das monografias deveria contemplar questões significativas para o aluno no tocante à gestão municipal da saúde local. Isso, porém, nem sempre foi possível (especialmente a partir da Turma III) devido à não correspondência com os temas trabalhados pelos orientadores disponíveis naquele momento e ao fato de o quadro disponível nas duas primeiras turmas não ter sido o mesmo.

A fase de elaboração da monografia, que tem se mostrado crítico em outros cursos de especialização (DUARTE, 2001), causou certa preocupação, além daquela referente à necessidade de se dispensar continuamente suporte pedagógico aos alunos quando da oferta das disciplinas do curso. Nesse sentido, principalmente no momento de integração das disciplinas com vistas à elaboração da monografia, em geral os alunos retornam integralmente às suas funções, dispersando dessa ati-

vidade final do curso, que requer extrema dedicação e concentração.

O **formato da monografia** foi apontado como excessivamente acadêmico, o que acaba se sobrepondo às questões da sua experiência e prática de gestão incompatível com o perfil do aluno (incidindo na crítica aos critérios de seleção), além de destoar da lógica de outros aspectos do curso e das disciplinas.

A alternativa de se padronizar o tema da monografia - o histórico do SUS no município de origem - foi apontada como uma experiência positiva, mas que não conseguiu ser incorporada homogeneamente pelo grupo como um todo. Nessa perspectiva, seria possível se optar pelo formato de artigo científico, que, porém, embora apontado como sendo mais estimulante para o aluno e o orientador, requeria uma construção mais complexa, exigindo maior objetividade e aprofundamento de análise. Logo, os alunos esbarrariam na mesma fragilidade encontrada no trato com textos acadêmicos.

> *Nós, sem a devida preocupação em [...] considerar que estes alunos não têm a experiência acadêmica de sentar, de escrever, de produzir... [...] e essa foi uma das falhas que podemos dizer no curso [...] no 1º; 2º curso a gente ainda com aquele formato ainda muito... vamos chamar "tradicional", não é? Acadêmico-tradicional de pedir as monografias no sentido mais... acadêmico e sem estar com essa preocupação da realidade local, da necessidade lá do serviço; acabou que a própria disciplina de Metodologia Científica que deveria orientar nesse negócio, nós custamos no processo a encontrar, vamos dizer assim, "a mão". [...] Por exemplo, a orientação p/ os trabalhos de monografia ela é feita para que o aluno escolha um tema de interesse dele, desde que esteja dentro das possibilidades dos orientadores, [...] do município de origem desse aluno. Então, eu acho que essa preocupação foi muito interessante e propiciou uma boa experiência em relação ao curso de gestão de sistemas e serviços municipais de saúde*. (I5).

Nesse sentido, aponta-se, ademais, como fator obstaculizante da elaboração da monografia de conclusão, a desarmonia entre as exigências "acadêmicas" para este trabalho (que, por se tratar de uma pós-graduação *lato sensu*, requer do aluno uma apropriação teórica para a abordagem dos problemas práticos da gestão) e a tônica instrumental do curso. Nesse sentido, tangencia-se a parceria institucional, para pactuarem não se incorrer na polarização do processo educativo tecnicista ou academicista e sim se estabeleça um equilíbrio através daquilo que ambas as partes têm para contribuir no sentido da formação de uma gestão crítica e tecnicamente qualificada.

> *Eu acho que essa coisa de não ser só operativo, mas também ter uma dimensão mais reflexiva, teórica eu acho que é uma das dificuldades que a gente teria que estar vendo... O que a gente faz é suficiente ou... Pela monografia eu acho que falta. Quando você vê o nível das monografias, como os alunos estão trabalhando o conteúdo da monografia, a gente vê*

> *que o que é fundamentação... que é essa coisa mais de reflexão é restrita ainda, sabe [...], considerando que é um curso de especialização que é isso que a gente está ofertando, né.* (I6).
> *Eu acho que a gente tentou trabalhar o tempo todo, não tirar a discussão mais teórica da questão e eu acho que o COSEMS queria algumas respostas mais práticas, e na hora da monografia tiveram muitos embates entre o encaminhamento, entre alguns profissionais do COSEMS [que inclusive estavam atuando dentro do curso] e da própria condução do curso, né. Eu acho que não foi uma questão tranqüila e acredito que tenha sido essa perspectiva: de ser algo muito operacional, que era esse o desejo inclusive dos alunos, e a gente ter que trabalhar com algo também de cunho teórico de discussão que não estavam, né, simplesmente na instrumentalização. E que isso ficou evidente na monografia, né.* (I11).

Ressalta-se, ainda, a diferença entre o tempo do curso e o tempo de permanência dos alunos na gestão do sistema de saúde, resultando na perda de contato com o curso, devido, entre outras situações, à desmotivação decorrente de mudança de função, ao desligamento do sistema (gestores em cargos comissionados), à mudança de município (ou retorno à função anterior à gestão) e à mudança de gestor.

Elementos conjunturais, como o envolvimento dos alunos no processo eleitoral/campanha política, podem também exercer influência quanto a sua participação e aproveitamento no curso, em especial se isso acontecer no momento de elaboração da monografia.

Trata-se, pois, de fatores intrínsecos e extrínsecos ao curso e que, embora nem sempre estejam sob governabilidade do grupo de condução, merecem ser considerados na elaboração do cronograma das atividades a serem desenvolvidas. Em qualquer um dos casos, ganha destaque nesse processo o papel da **disciplina de Metodologia Científica**, que, desde a Turma I, parecia não atender às necessidades dessa clientela especial.

Em face disso, reelaborações foram efetuadas quanto à carga horária, conteúdo, estratégias de ensino, distribuição das aulas (concentrada ou diluída ao longo do curso), identificação precoce de orientador (para viabilizar o estabelecimento de um vínculo consistente entre aluno/orientador ou a troca deste, em caso contrário, e em tempo hábil), alterações essas que, porém, ainda mostraram resultados pouco eficientes.

A tentativa de diluição do conteúdo foi alvo de críticas, em razão do seu caráter fragmentário, que acabou truncando as discussões associadas à dinâmica dos seminários de acompanhamento da monografia, como já discutido anteriormente. Ao contrário, as aulas de reforço na Turma IV, que também beneficiaram alunos da Turma III, foram apontadas como positivas, uma vez que apresentavam informações significativas já aplicadas aos projetos, ajudando o aluno a elaborá-los. Nas palavras dos implementadores:

> *E a discussão da disciplina ser colocada ao longo do curso ela veio inicialmente pra trabalhar a linguagem científica, como eles acessarem [...] as bases de dados. [...] Aí tem o momento de puxar todos os conteúdos; tentar ligar eles aos diversos conteúdos das disciplinas e ir amadurecendo o tema de pesquisa, a delimitação. E ela sempre foi muito difícil porque chegava na hora de fazer o projeto o aluno não dava conta, não lembrava nem da apostila... sempre foi muito complicado a disciplina de Metodologia. E [...] foram constituídos os seminários de acompanhamento justamente por essa dificuldade, pra não deixar o aluno sair daqui sem projeto, sem orientador [...] Houve uma fragilidade do seminário de acompanhamento: não foram sistemáticos como os primeiros - teve acho que 1 ou 2 seminários e isso acabou... A disciplina ficou muito distante: dava uma aula esse mês, daqui um mês voltava e o aluno não conseguia nem associar o que tinha dado. Houve uma quebra e aí a gente acabou perdendo muitos alunos e que isso não aconteceu no 1º e 2º cursos*. (I4).
> *E agora [...] vem dando uma espécie de oficina de produção da própria monografia e isso também parece que está ajudando, está deixando mais claro na hora de estar fazendo. Porque a disciplina de metodologia ela fica um pouco no teórico na medida que eles não estão fazendo ainda. E já agora aquilo que [...] está trabalhando: qual é o objeto, qual é o objetivo, qual é o... Então eles já estão com algumas coisas escritas e aí a coisa se torna mais palpável*. (I6).

Periodicamente, formava-se o espaço dos **seminários de acompanhamento** de monografia, contando com a presença da coordenação do curso, de orientadores e de docentes convidados para conhecerem a situação dos projetos e fazerem sugestões para o seu desenvolvimento. Da mesma forma que ocorrera com o colegiado de curso, estes seminários também se esvaziaram quanto à diversidade e quantidade de participantes no 2º momento do curso (Turmas III e IV), devendo-se possivelmente os mesmos motivos, observam os implementadores.

Acerca dos aspectos discutidos, destaca-se o papel fundamental da coordenação pedagógica compartilhada, que, com habilidade e sensibilidade, ao longo do curso, deve identificar os casos merecedores de atenção, estabelecendo contatos com o aluno e o orientador e, assim, informar-se da situação da pesquisa, não se limitando aos momentos do seminário de acompanhamento. Contudo, para além de fatores motivacionais, pedagógicos e estruturais, não se excluem a autodisciplina e o compromisso do aluno com o curso como fortes condicionantes para concluir com êxito sua monografia.

5.2.6 Mecanismos de acompanhamento do curso

A proposta inicial era que o curso dispusesse de instâncias ativas que o avaliassem/acompanhassem *pari passu*, atendendo às necessidades pedagógicas dos alunos e, além disso, evitando que se desviasse do foco e dos objetivos traçados. No caso, tais organismos eram constituídos pela coordenação, pelo colegiado, pelos

seminários de acompanhamento e pela oficina de avaliação do curso.

Em conformidade com a representação das instituições envolvidas, a **coordenação** foi exercida, de fato, de modo compartilhado (ISC e COSEMS) e poderia ser mobilizada a qualquer momento para identificar e resolver questões relacionadas ao desenvolvimento do curso, mantendo contato com outros agentes envolvidos no processo (alunos, docentes, instituições etc). Esse contato sempre se fez presente, mas em graus diferenciados, tendo sido mais efetivo nas Turmas I e II, por causa da disponibilidade dos coordenadores, que era facilitada quando estes desenvolviam outras atividades junto à Universidade; no caso, pertenciam ao quadro docente da instituição.

A respeito dessa questão, os implementadores sugeriram que esse contato seja aprimorado, estendendo sua atenção para além dos módulos e, dessa forma, acompanhando os alunos quando estes se encontrarem também a distância, sobretudo no período de elaboração da monografia. O caráter positivo da coordenação composta, o aspecto pedagógico, a experiência com processos educativos e de gestão e a clareza da proposta, conforme foram apreendidos pela primeira coordenação, são realçados no excerto:

> *Aí acho que essa questão que te falei dessa parceria de universidade/serviço, professores do Instituto com pessoal do COSEMS e a coordenação mesmo [...] isso é interessante para a gente também, até como aprendizagem da possibilidade de [...] aprender, vamos dizer assim, como se coordena esse curso. Acredito que foi muito importante a atividade da 1ª coordenadora Y, porque ela [...] entendendo a dimensão da proposta, do objeto do curso ela teve uma postura muito propositiva, no sentido de facilitar o debate, não fechar a possibilidade de debate, de incorporação [...] e permitiu que todos se colocassem, nessa construção coletiva, vamos dizer assim. Acho que foi fundamental, sobretudo porque foi no 1º curso e até certo ponto balizou o caminho para os demais [...] cursos*. (I5).

Conforme normas acadêmicas vigentes na UFMT, exigia-se que o coordenador de curso integrasse o quadro de servidores da instituição, porém concordava-se que o COSEMS deveria estar presente e acompanhar todo esse processo. Assim, estabeleceu-se uma coordenação compartilhada, e as decisões podiam, de fato, ser tomadas pelos organismos envolvidos adotando-se duas posturas distintas: autônoma, de acordo com as competências específicas das respectivas instituições participantes; ou conjunta, quando implicavam um assunto comum. Ademais, quando necessário, eram assumidas formalmente pelo responsável oficial indicado e pertencente ao quadro do ISC.

Essa coordenação também mereceu discussões e ajustes, uma vez que havia um profissional indicado para assumi-la, pela experiência acumulada na área de gestão de serviços e sistemas de saúde, mas que, embora pertencesse ao quadro

do ISC, não atendia à norma acadêmica de ser portador do título de mestre, no mínimo. Diante disso, teve garantida a sua participação na gestão do curso como membro de um colegiado com um forte papel na condução dos estudos.

Nas Turmas I e II, a coordenação contava, de fato, com um "grupo gestor" do processo – o **colegiado de curso** – que sempre se fazia presente e atuante, contando com a participação de pessoas chaves, que se afastaram (ainda que parcialmente) a partir da Turma III (por motivos de qualificação e outros compromissos), vivenciando certo esvaziamento e, consequentemente, implicando o esmorecimento da dinâmica da coordenação mais ampliada e participativa.

Como alguns informantes relataram, outro fator que parece ter contribuído com essa sensível alteração na ação do colegiado foi a mudança no perfil dos coordenadores, que no 1º momento do curso constava com um profissional pertencente ao quadro da UFMT e com vasta experiência em gestão e formação de recursos humanos, além do envolvimento com o curso desde a sua primeira reelaboração. Supõe-se que o pertencimento ao quadro acadêmico proporciona maior legitimidade interna, oriunda da identidade com os pares, e facilita as relações entre estes, além de propiciar maior familiaridade com as normas acadêmicas e as suas possibilidades de flexibilização, sem, no entanto, transgredi-las quando da criação das condições de implementação do curso.

O improviso na indicação do responsável pela coordenação, como ocorreu na Turma III, devido a imprevistos do profissional que assumiria essa função naquele momento, também pode ter dificultado o processo de condução do curso, por ter exigido que em pouco tempo o profissional se apropriasse da proposta para desenvolvê-la. Mas, apesar dessa suposta dificuldade, não foram apontadas consequências graves.

Não obstante, se o coordenador deveria orquestrar os vários aspectos do curso, no CGSSS, especificamente, pretendia-se que tal responsabilidade fosse dividida com outras instâncias decisórias, e, para tanto, propuseram-se mecanismos de avaliação e monitoramento da implementação em vários momentos.

Uma dessas instâncias privilegiadas era o colegiado do curso, que, com forte atuação e uma composição tradicional (coordenador, vice-coordenador, representantes do corpo docente e discente), funcionava com reuniões periódicas (mensais), principalmente ao término de um módulo, visando avaliá-lo e planejar o seguinte. Para isso, utilizava-se um instrumento composto de questões semiestruturadas, respondidas pelos alunos ao final de cada componente curricular. Esse dispositivo subsidiava tanto o debate mais amplo, em colegiado ou em pequeno grupo, envolvendo docentes de determinado componente específico, quanto a discussão de caráter individual, incluindo a coordenação do curso e o coordenador de cada componente. Dessa análise partia grande parte das decisões quanto aos ajustes na implementação do curso na mesma turma ou na turma seguinte.

O colegiado agregava uma diversidade de profissionais relativamente à inserção institucional e ao acúmulo de experiências acadêmicas - teóricas ou práticas - em torno do tema gestão de sistemas e serviços de saúde. Essa participação ativa e ampliada ocorreu, especialmente, nas Turmas I e II, a partir do que, conforme já comentado anteriormente, os informantes declararam ter havido um esvaziamento, que, consequentemente, afetou a sua dinâmica e tornou-o mais restrito a um pequeno grupo acolhido pelo NDS/ISC-UFMT.

Se, para alguns depoentes, esse quadro foi justificado pelo fato de o curso estar mais consolidado, há de se considerar que o perfil dos alunos, o contexto, as pessoas envolvidas mudam e que a reafirmação dos compromissos, o acompanhamento do processo e os ajustes necessários devem ser mantidos, realinhados e até cultivados. Os imprevistos oriundos dessa dinâmica são referidos neste fragmento de texto:

> *O pacto em si, que é feito inicial, ele não contempla todas as outras questões que vão surgindo na operacionalização de um curso desse e, principalmente, um de longa duração. E não foi um curso, foram quatro cursos e com perspectiva de mais dois. Então, nesse processo, eu acho que é assim, o que tem que estar, tanto a coordenação do curso, que é também um... gerenciamento de conflitos, né, e que a gente não está muito acostumado, a gerenciar conflitos e pontos de vistas para poder continuar casado [risos] - é bem isso, né*. (I11).

Quanto à representação discente, alguns implementadores notaram a fragilidade na ocupação do espaço do colegiado desde as Turmas I e II, expressa pela não regularidade no comparecimento às reuniões, ainda que seus membros fossem eleitos considerando-se a proximidade entre o município onde residiam e o *campus* da UFMT onde o curso e as reuniões ocorriam.

Corrobora, portanto, essa situação o fato de os representantes discentes das Turmas III e IV, que efetivamente participaram do colegiado, terem sido os suplentes e, embora exercendo legitimamente a função, terem advindo das vagas disponibilizadas ao ISC. Ademais, o fato de atuarem em tal espaço facilitava a participação deles nas reuniões, o que parece ter levado a certa "acomodação" a questão da representação discente.

A atuação de instâncias de acompanhamento de processos inovadores, como é o caso do CGSSS, especialmente o colegiado de curso, é estratégica para o processo de implementação por possibilitar uma pluralidade de olhares, que, porém, são afinados com a proposta inovadora e permanecem "cuidando" para que esta não perca o seu foco. Dessa forma, respalda o papel do coordenador de curso, subsidiando-o mais como coadjuvante na condução desse processo.

> *O colegiado quando ele é atuante, ele facilita muito o processo de coordenação. Porque o coordenador passa a ser um monitor, um acompanhador desse processo, mas o processo caminha independente da figura específica dele. E isso na universidade é importante porque a gente trabalha [...] com uma grande autonomia enquanto coordenador. Na verdade você passa a ser o "dono" maior do curso – o "dono" e ele vai no rumo que você quiser dar a ele. Isso pode ser tranqüilo para quem gosta de trabalhar assim, mas ao primeiro obstáculo você vai se ver em maus lençóis porque a autonomia é grande e quando dá problema, também você pode passar por "saia justa", vamos dizer assim – por constrangimento que você estar muito só. [...] Então, quando você define que o colegiado vai estar junto e ele é deliberativo sobre o processo de encaminhamento do curso, isso fica muito mais fácil para o coordenador e fica muito mais fácil de você acertar porque você vai ter um grupo de pessoas que domina o tema específico do curso pensando junto com você qual melhor forma de conduzir*. (I2).

O colegiado atuava bem próximo ao curso, mas, para uma avaliação mais abrangente, foi realizada uma **oficina de avaliação**, com duração de um dia e em local específico, após a conclusão da Turma I, cujas reflexões serviriam para subsidiar as adequações necessárias às turmas vindouras. Todavia, como a Turma II já estava em andamento devido ao cronograma a ser cumprido, as reformulações somente poderiam ser implementadas a partir da Turma III, o que ocorreu parcialmente: das turmas que foram implementadas, nem todas as reformulações foram consolidadas nos projetos seguintes. A referida oficina foi avaliada como uma experiência muito positiva e lembrada de certa forma em tom saudoso, uma vez que não se repetiu, ainda que se fizesse necessária.

Como se percebe, através do olhar dos implementadores sobre o acompanhamento do curso, houve um deslocamento das discussões e dos encaminhamentos de um plano inicialmente mais coletivo (ainda que restrito a um grupo) para um plano mais individual/pessoal, segundo evidencia o excerto:

> *Tanto que eu senti muito a falta nesses últimos cursos desses seminários que faríamos com o corpo docente todo, inclusive prá estar ajustando essas questões, e aí o encaminhamento foi muito de novo, muito burocrático, resolvendo conflito muito no pessoal, né, num sentido que era... há, "aquele professor" ou "aquela pessoa dentro do COSEMS", ou aquela pessoa dentro do Instituto... e não de uma forma coletiva. Eu acho que isso foi dando uma [...] isolada do curso em relação a essa condução mais coletiva. Que tinha a expectativa de que ela continuasse. Foi uma experiência muito interessante no primeiro curso. Isso no 1º curso... depois perdeu [...]* (I11).

5.2.7 Apoio e comunicação

A **secretaria de um curso** de especialização desempenha papel importante no apoio e acompanhamento das atividades desenvolvidas e funciona como elo entre a coordenação, os docentes e o aluno, pois é comum as demandas de várias naturezas chegarem primeiro até aquele setor, no qual serão distinguidas as que de fato dependem da decisão do coordenador e as que podem ser resolvidas no seu âmbito.

A secretaria, atendendo à solicitação dos docentes, providencia o material didático para uso nas disciplinas e recebe as notas referentes às avaliações dos alunos; em suma, executa as atividades técnicas e administrativas e de comunicação entre os agentes envolvidos no processo educativo ao longo do curso. Muitas vezes sofre certo acúmulo de tarefas por ocasião dos momentos de concentração, respondendo às demandas dos professores e alunos (além da coordenação), especialmente quanto à elaboração do relatório final de curso.

A esse respeito, ressalta-se a dificuldade decorrente da duração do curso (dois anos para a entrega de relatório final), que ultrapassa a disponibilidade de recursos para a contratação de secretário (um ano e em tempo parcial), acrescida da fragilidade desse apoio por parte do ISC, que parece não dispor de servidor específico para atuar na secretaria de pós-graduação *lato sensu*. A necessidade da discussão sobre esse aspecto no plano institucional está implícita aos depoimentos dos entrevistados:

> *Ter bons coordenadores também não dá garantia da dinâmica e do funcionamento da secretaria. Então, assim, acho que teve gargalos aí, né. [...] A pessoa às vezes é contratada e o recurso não é muito para pagar um secretário pra ficar período integral. [...] O tempo da coordenação e o tempo da secretaria às vezes não é bem planejado e as coisas vão ficando amontoadas. [...] E eu não sei [...] se tem que remunerar melhor esse secretário executivo pela dimensão que o curso toma; pelo ISC não ter estrutura própria acaba tendo que contratar externo e você vê depois toda uma dificuldade pra finalizar isso. [...] Então: coordenadores muito ocupados, secretários muito ociosos em determinados momentos e depois a coisa vai concentrando lá no final... Acabou o dinheiro porque o financiamento é pra um ano – ele acaba tendo que responder por dois porque você acaba fechando mesmo o curso em 2 anos. Então acho que isso tem que ser colocado de forma muito clara na gestão, porque acaba [...] complicando depois no final.* (I8).

Um dos implementadores citou, ainda, a demora na entrega das notas por professores à secretaria e, consequentemente, sua divulgação aos alunos. Dentre as implicações dessa conduta, cite-se que a avaliação acaba por ser reduzida a uma questão burocrática, uma vez que só tem sentido quando se constitui em parâmetro

para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, estando comprometida com a formação significativa e aplicada aos contextos que a atualizam nos conteúdos trabalhados.

A avaliação processual é conhecida como "formativa" (ZACHARIAS, 2005) e afina-se com os princípios da educação permanente. Assim, na lógica orientadora do curso, os trabalhos solicitados, desenvolvidos e apresentados seriam sensíveis às questões de gestão vivenciadas pelos alunos, supondo-se que o retorno da avaliação por um especialista em gestão (o docente) seria aguardado com grande expectativa. Não obstante, a necessidade formal das notas é uma realidade à qual a coordenação deve estar atenta.

5.3 O desempenho do curso

Os resultados quantitativos e qualitativos remetem ao grau de consecução dos objetivos propostos e às repercussões do curso, seja no plano institucional, de serviços ou pessoal, e, para a sua apresentação, dispõem-se de dados objetivos e subjetivos advindos dos relatórios do curso e das entrevistas com os implementadores.

Sobre o aspecto **quantitativo**, os resultados do curso foram expressos considerando-se os alunos concluintes, tendo estes entregado ou não a monografia e sido certificados como especialistas ou aperfeiçoados, respectivamente, tal como apresentado na Tabela 20. Observa-se que alguns alunos (22) que concluíram as disciplinas, e isso se mostrou importante para a sua prática, viram-se impedidos, por dificuldades de ordens diversas, de terminar a elaboração da monografia, situação essa merecedora de atenção.

Nesses termos, destaque-se que a falta de apoio material para a participação é apontado pelos implementadores como fator responsável por algumas desistências, ainda que não tenha sido possível precisar e aprofundar essa questão.

Ainda como resultado da análise quantitativa, pode-se apontar a efetiva ampliação da Rede de Apoio ao SUS e, indiretamente, o aumento do número de municípios filiados ao COSEMS, segundo a percepção de um dos implementadores vinculados a esta instituição. Na sua opinião, esse aumento foi estimulado pelos resultados qualitativos do curso, já sentidos pela mudança nas ações mais qualificadas dos egressos, à maneira de uma constatação do retorno do "investimento" na capacitação pelos gestores e que ocorreu (o aumento das filiações) a partir da Turma III.

> *[...] eu entendo assim, que o estímulo à filiação veio decorrente do resultado dos dois primeiros cursos. Foi efetivamente em 2008 que a nossa filiação chegou a 136 municípios. Em 2005 nós tínhamos, se não me engano, 43. Nós chegamos em 2008 com 136 municípios dos 141...*

> *Então, assim, o que a gente consegue perceber é que esse resultado crescente ele também foi decorrente desse investimento e da própria qualidade dos cursos, da inserção do aluno no cotidiano da prática*. (I4).
> *Porque depois que saiu a 1ª turma, eu acho assim, pela divulgação do tipo do curso pros outros municípios, isso já ajudou, melhorou bastante a filiação. A filiação - não vou te falar exato, mas deve ter saído de aproximadamente 30... 40% pra quase 80%. [...] No 2º para o 3º, já aumentou, melhorou bastante a filiação. Não acredito que tenha sido só por esse fato, sabe, mas ele também ajudou [...] E [...] não é a questão de filiar, [...] mas eles passam a participar mais do COSEMS, da vida do COSEMS, né. E aí quanto mais você participa, mais discute, mais pessoas estão discutindo sobre essa implementação [...]* (I7).

O projeto do curso previa a oferta de pelo menos uma vaga para cada município do Estado, meta considerada "um pouco utópica" por um dos implementadores, mas que, ainda assim, foi estabelecida para oportunizar a inscrição de alunos dos municípios de pequeno e médio portes, em especial. O fato é que estes constituem a maioria dos municípios do Estado, pressupondo-se que possuem condições menos favoráveis para promover a capacitação/formação de seus profissionais, em particular, daqueles diretamente ligados à gestão do sistema de saúde municipal. Da mesma forma, pressupõe-se que os municípios mais distantes de Cuiabá enfrentam maiores dificuldades em oferecer oportunidade para o desenvolvimento dos profissionais. Sendo assim, o curso pretendia priorizar os gestores e as equipes gestoras dos municípios menos populosos e mais distantes da capital.

Nas quatro turmas do curso matriculou-se um total de 139 alunos, com 35 matrículas nas Turmas I, II e III e 34 na Turma IV (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos alunos matriculados por turma segundo a situação final no curso

	Especialistas		Aperfeiçoados		Desistentes/ reprovados		Matriculados	
Turma	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
I	22	62,9	5	14,3	8	22,9	35	100,0
II	23	65,7	4	11,4	8	22,9	35	100,0
III	15	42,9	11	31,4	9	25,7	35	100,0
IV	21	61,8	2	5,9	11	32,4	34	100,0
Total	**81**	**58,3**	**22**	**15,8**	**36**	**25,9**	**139**	**100,0**

Nota: Construção das autoras.

Do total de alunos matriculados no curso, 81 (58,3% dos matriculados) cumpriram todos os créditos previstos, incluindo a elaboração de monografia, tendo-lhes sido conferido, através da pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMT, o

título de especialistas em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Além daqueles, 22 alunos (15,8% dos matriculados) integralizaram os créditos do curso (Tabela 20), mas não elaboraram suas monografias, o que lhes conferiu, segundo as normas acadêmicas vigentes, a certificação de aperfeiçoados na área.

> *A gente teve algumas perdas [...] mas eu diria que comparado com outros modelos de cursos tradicionais, uma perda bastante pequena... não vou dizer insignificante, porque toda perda tem significado, mas uma perda muito pequena. Quando eu falo perda estou me referindo a alunos que não puderam concluir o curso, por conta da monografia*. (I5).

Outros 36 alunos (25,9% dos matriculados) foram declarados desistentes ou reprovados, não tendo completado o processo de formação em relação às disciplinas previstas na matriz do curso (Tabela 20).

O aproveitamento de 74,1% dos alunos (aperfeiçoados e especialistas) foi considerado, na opinião dos implementadores, compatível com o percentual observado em outros cursos de especialização promovidos pelo ISC. Ressaltou-se nas entrevistas ter sido previsto que, dadas as características da clientela específica, gestores e equipes gestoras de todas as regiões do Estado, a desistência superaria aquela verificada naqueles cursos.

Em relação à situação final do aluno no curso, o resultado positivo alcançado pode, em algum grau, estar associado a estas condições, entre outras: a) o significado conferido ao curso por sua clientela, que o valorizou, em particular, por estar afinado com as necessidades do SUS no âmbito do município; e b) à possibilidade oferecida ao aluno de se rematricular em uma das turmas seguintes a sua, para finalizar o processo de formação, quando ele não o tivesse concluído na turma em que se matriculara inicialmente.

Entretanto, embora o percentual de desistência/reprovação tenha sido considerado compatível com outros cursos, os implementadores reforçaram a necessidade de se personalizar o processo de formação, num esforço coletivo para que todo aluno matriculado chegue ao término do curso com todos os créditos cumpridos e monografia concluída. Ressalta-se, dessa forma, o propósito do curso em ter o seu processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno e a sua reafirmação, em especial, no momento de elaboração das monografias, etapa considerada crítica.

Quanto à vinculação institucional dos alunos, estes atuam, em sua vasta maioria (91,4%), nos municípios, tendo, ademais, sido matriculados profissionais vinculados às instituições parceiras como COSEMS (4,3%), ISC (2,2%) e SES/MT (1,4%). Apenas um aluno matriculado no curso não possuía vinculação com o SUS no momento da inscrição (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos alunos matriculados nas quatro turmas, segundo o local de atuação no momento de sua inscrição no curso

Local de atuação dos alunos matriculados	nº	%
No SUS municipal	127	91,4
Na SES	2	1,4
No ISC	3	2,2
No COSEMS	6	4,3
Sem vínculo com o SUS	1	0,7
Total	**139**	**100,0**

Nota: Construção das autoras.

Isso posto, pode-se afirmar, num primeiro momento, que a concentração do foco do curso nos profissionais vinculados ao SUS municipal foi atendida, conforme previsto no programa. Observa-se, no entanto, que foi nesse segmento que ocorreu o maior índice de desistência/reprovação, representando 27,5% dos matriculados (Tabela 22).

Há que se considerar que situações relacionadas ao contexto externo interferiram no andamento no curso, de maneira mais drástica ou em ocasiões pontuais, tendo resultado na exoneração do gestor municipal. Verifica-se, também, que, em certo momento, a implementação do curso desenvolveu-se simultaneamente com as eleições municipais, o que constrangeu o gestor/aluno devido a, pelo menos, dois aspectos: 1) como atuava em um cargo de livre nomeação, com forte conotação política partidária, precisava se envolver na campanha eleitoral a fim de atrair votos para o candidato do partido ou coligação, tornando-se incompatível a militância partidária com as atividades do curso, em particular com a semana de concentração das atividades presenciais em Cuiabá; e 2) após o resultado da eleição, a maioria dos partidos que assumiam o executivo municipal foram substituídos através de voto, implicando a necessidade de se "arrumar a casa" para a entrega do cargo. Tanto uma como a outra situação constituíram, na opinião de determinados implementadores, obstáculos para alguns alunos, levando-os ao abandono do curso ou comprometendo definitivamente a sua continuidade.

Tabela 22 - Distribuição dos alunos matriculados segundo sua vinculação institucional e situação final no curso

Vinculação institucional	Especialistas		Aperfeiçoados		Desistentes/ reprovados		Matriculados	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
No SUS municipal	71	55,9	21	16,5	35	27,6	127	100
No COSEMS	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100
No ISC	3	100	...	...	...	...	3	100
Na SES	2	100	...	...	...	...	2	100
Sem vínculo com o SUS	1	100	...	...	...	...	1	100
Total	**81**	**58,3**	**22**	**15,8**	**36**	**25,9**	**139**	**100**

Nota: Construção das autoras.

Para a pequena equipe profissional do COSEMS, o curso representou uma importante oportunidade para a qualificação de sua equipe gestora. Ressalta-se ainda que, dos três profissionais atuantes no ISC e que participaram do curso, dois eram servidores efetivos da SES, tendo, portanto, sido cedidos temporariamente àquele Instituto.

Os 127 alunos matriculados e vinculados diretamente ao SUS municipal atuavam em 68 diferentes municípios, distribuídos em todas as regiões do Estado. Representava, assim, 48,2% dos municípios mato-grossenses contemplados com matrículas no curso, cuja maioria (quarenta), predominantemente os de pequeno porte (< 20 mil habitantes), matriculou apenas um aluno. Os municípios restantes (dezessete) utilizaram duas vagas no curso, e a capital, Cuiabá, mais de treze (Tabela 23). Em face disso, supõe-se que municípios de pequeno porte contam com equipes gestoras reduzidas, cujos profissionais não podem se afastar simultaneamente para participar de capacitações e cursos, apesar de em um deles terem sido matriculados quatro alunos.

Tabela 23 - Número de municípios com alunos matriculados no curso, segundo o seu porte populacional e o número de alunos matriculados nas quatro turmas

Porte populacional	nº de municípios com alunos matriculados no curso							
	1 aluno	2 alunos	3 alunos	4 alunos	5 alunos	6 alunos	13 alunos	Total
Grande (> 50 mil habitantes)	1	2	3	...	1	1	1	9
Médio (> 20 mil a < 50 mil hab.)	9	12	1	2	1	...	...	25
Pequeno (< 20 mil habitantes)	30	3	...	1	...	...	...	34
Total	**40**	**17**	**4**	**3**	**2**	**1**	**1**	**68**

Nota: Construção das autoras.

Levando-se em conta o total dos 127 alunos matriculados e atuantes no SUS municipal, percebe-se que mais de 70% das vagas foram ocupadas por alunos oriundos de municípios de pequeno e médio portes populacionais (31,5% e 38,6%, respectivamente). Do restante das vagas disponibilizadas, 29,9% foram preenchidas pelos nove maiores municípios do Estado (Tabela 24).

Tabela 24 - Total de alunos matriculados por município segundo o seu porte populacional

	nº	%
Grande (> 50 mil habitantes)	38	29,9
Médio (>20 mil a < 50 mil hab.)	49	38,6
Pequeno (< 20 mil habitantes)	40	31,5
Total	**127**	**100,0**

Nota: Construção das autoras.

Os municípios nos quais atuam os alunos matriculados no curso foram analisados quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal (IDH-M) calculado para o ano de 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). A partir disso, foi elaborada uma lista com o *ranking* dos municípios contemplados com uma ou mais vagas para o curso, considerando a sua posição em relação ao IDH-M de Mato Grosso (0,773) (Tabela 25). Observa-se que a maioria dos municípios de pequeno e médio portes contemplados com alunos matriculados no curso (31 e doze municípios, respectivamente) possui valor do IDH-M inferior ao do indicador estadual, sugerindo que o curso, em algum grau, atingiu o propósito de oportunizar a formação profissional dos menos favorecidos (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição dos municípios contemplados com alunos matriculados no curso, segundo o porte populacional e o IDH-M (2000)

	Pequeno	Médio	Grande	Total
IDH-M > MT	5	6	8	19
IDH-M < MT	31	12	1	44
Total	**36**	**18**	**9**	**63***

Nota: Construção das autoras.
*Cinco municípios foram excluídos por falta de informação sobre IDH-M (emancipação política mais recente).

A vasta maioria dos respondentes aos questionários (93,5%) reconheceu que o curso contribuiu para a sua atuação como gestor municipal, sendo que apenas um dos respondentes negou essa contribuição (2,2%) (Tabela 26).

Tabela 26 - Grau de contribuição do curso para a atuação como gestor segundo a opinião dos alunos/egressos do curso

Grau de contribuição do curso		
	nº	**%**
Contribuiu	43	93,5
Contribuiu parcialmente	2	4,3
Não contribuiu	1	2,2
Total	**46***	**100,0**

Nota: Construção das autoras.
*Dois respondentes não assinalaram resposta ao item.

5.4 Repercussões do curso

Em relação às repercussões do curso, a partir da análise dos seus resultados qualitativos, nota-se que nos relatos dos implementadores foi frequentemente evidenciada a aplicabilidade do aprendizado, em curto prazo, apontando para repercussões positivas do curso em seus municípios, ainda que essa mensuração não tenha sido precisada empiricamente. Isso denota que o curso de fato instrumentaliza para a prática da gestão local, ainda que alguns implementadores tivessem demonstrado preocupação sobre o seu potencial de interferir nas práticas institucionais. Como relatam:

> *Sempre fica, entendeu. Um curso é sempre um curso. [...] a construção do conhecimento nunca é inócua. O que me preocupa é se esse curso for servir só pra você como indivíduo. Por que eu acho que esse é o grande desafio. Por que o curso não deve ser individualizado, pra conhecimento individualizado. Tem que ser para a construção de uma prática coletiva e de uma prática institucional. Ele tem, vamos dizer, envolver a instituição e não pra que eu possa galgar uns pontos no plano de carreira e ganhar um pouquinho mais o meu dinheiro [...] Que sirva pra engrandecer a instituição. Que a instituição passa a ser forte, passa a incorporar esses novos conceitos, novos conhecimentos, dentro dos processos próprios dela. [...] Como é um curso dirigido à gestão, ele tem que estar dirigido à gestão, não ao indivíduo. E a gestão é coletiva [...] E aí eu acho que nesse processo de avaliação ele tem atendido muito mais o indivíduo do que o coletivo, do que o processo de gestão, do que a instituição, do que o avanço na saúde, a nível municipal, a nível estadual, ou regional*. (I9).

> *[...] É que esses alunos que saíram e que tem um potencial muito grande pra estar [...] eles estão sendo muito pouco utilizados, sabe. E o objetivo era que assim: hoje vamos discutir regionalização lá nos colegiados de gestão, lá em cada Regional, essas pessoas poderiam estar contribuindo, porque eles tem condições de contribuir e discutir os problemas da região, tentar buscar alternativas, propor alternativas, sabe. Fazer um link entre os demais... mesmo com a faculdade, com a Secretaria de Estado com o COSEMS. [...] Isso assim, eu acho que é o objetivo que a gente não conseguiu atingir foi isso [...] E hoje a gente discutindo o Pacto que é uma coisa nova – nova no sentido da operacionalização - [...] o Pacto traz uma outra forma de gestão e essas pessoas que participaram do curso eles já trabalharam nessa lógica eu acredito que eles poderiam estar participando muito e contribuindo muito com a Secretaria de Estado. Muito. [...] Então, por isso que eu vejo que não atingimos o objetivo porque não conseguimos chegar aí. [...] Acho que é uma política institucional, isso é necessário*. (I7).

Destaque-se, neste momento, que a conduta de se atribuir ao grau de aplicabilidade (prática) dos conhecimentos resultantes de uma capacitação o *status* de indicador dos resultados alcançados ao longo do desenvolvimento do curso deve ser relativizada pelo fato de ser ela (tal aplicabilidade) sensível a outros fatores estruturais e conjunturais, sobre os quais o gestor nem sempre possui governabilidade.

Ainda que tenham sido privilegiados agentes com poder de decisão, este apresenta gradientes em cada situação particular. A aplicabilidade dos conhecimentos desenvolvidos se confirma, mas operacionalizar a aferição da sua aplicação é metodologicamente problemática. Não obstante, os alunos percebem a contribuição de maneira mais imediata, mas também as limitações práticas, o que está de acordo com o pensamento de Martinic (1997), para quem há outras razões que vão além das evidências técnicas, o custo e a efetividade envolvidos no complexo processo decisório que operam no âmbito das intervenções sociais.

De forma semelhante, acredita-se que a qualificação, em última instância, poderia melhorar os níveis de saúde de uma população. A esse respeito, Souza *et al.* (1991) lembram que a formação acadêmica influi na qualidade do trabalho, mas não é o único fator ou pode ser tomado isoladamente como medida de qualificação do estado de saúde das pessoas.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afirma-se que um programa pode ser julgado eficiente quando: 1) produz aquilo para o que tecnicamente se orientou (eficiência técnica, conceito, portanto, similar ao resultado e ao que comumente se designa de desempenho); 2) satisfaz os *stakeholders*, ou seja, os grupos de interesse envolvidos na sua execução ou o público-alvo, os agentes implementadores, decisores, parceiros etc.; 3) conta com capital social para implantar-se: participação social, rede social de apoio e grupos mobilizados (eficiência social) (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1999).

O curso, como uma experiência compartilhada que foi além de uma vivência acadêmica, integrando as dimensões de ensino-serviço, política e pedagógica, permitiu o encontro de "diferentes" (instituições e sujeitos) que se mantiveram "diferentes" durante o processo (por isso mesmo a tensão permanente). No entanto, também propiciou a definição de objetivos comuns, que foram pactuados e renegociados tantas vezes quantas foram necessárias, para que a operacionalização do curso, e de suas quatro turmas, fosse viabilizada. Na opinião geral de implementadores e alunos/egressos, tratou-se de uma experiência bem-sucedida, embora ainda haja margem (e toda intervenção sempre a terá) para o seu aprimoramento.

Os seus efeitos mais imediatos foram parcialmente alcançados com a formação de 103 profissionais, que passaram a atuar também na Rede de Apoio do SUS. Os sistemas municipais de saúde, bem como a Rede, funcionaram como campo de experimentação de práticas orientadas, em algum grau, pelo processo de formação, constituindo múltiplos espaços de estágio e de incorporação dos conhecimentos compartilhados.

A continuidade da parceria e da formação das equipes gestoras já está apontada tanto para as Turmas V e VI do curso, com a inovação do componente de ensino a distância, quanto para outros projetos propostos pela parceria ISC/COSEMS.

Finalmente, o sucesso relativo do programa avaliado é explicado por uma teia de relações e fatores contextuais, que se mantêm imbricados durante toda a implementação, a qual é tensionada ora pela necessidade de reflexão sobre a realidade municipal e os desafios da consolidação do SUS, ora pela necessidade de apreensão de referenciais teóricos que deveriam se distanciar dessa mesma realidade, viabilizando a sua compreensão e sustentação das propostas de intervenção em seus problemas.

Desse processo de formação resultaram a qualificação de gestores e o fortalecimento da interação ensino-serviço, no que se refere à parceria do COSEMS/ISC como pressuposto do modelo teórico que informou a proposta do curso. No entanto, as repercussões deste para o fortalecimento dos sistemas municipais de

saúde, no âmbito estadual, não foram observadas como um efeito direto ou isolado do curso. Na opinião dos implementadores, esse processo estava condicionado a uma série de outros fatores, que, mesmo incluindo a formação dos gestores e de suas equipes, eram externos à governabilidade do programa avaliado.

Ressalta-se que a constituição da Rede de Apoio do SUS é, a exemplo do curso avaliado, uma experiência singular e, em muitos aspectos, inovadora em Mato Grosso. A sua implantação praticamente simultânea à do CGSSS oportunizou a adesão dos alunos como seus colaboradores e representou uma ação sinérgica potencializadora dos efeitos do curso.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BERBEL, N. A. N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface, Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu/SP, v. 2, n. 2, p. 139-54, 1998.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília-DF, 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal/ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília: Conasems, 2009. 200p.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo B. **Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva.** Bol. da Saúde, Porto Alegre, v. 14, n. 1, 2000.

COHEN, E.; FRANCO, R. **A avaliação de projetos sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde -** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

DUARTE, Elisete. **Avaliação da implementação dos cursos de especialização da área da saúde:** 1997 e 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2001. 108f.

FONSECA, D. M. Contribuições ao debate da pós-graduação *lato sensu.* **RBPG**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 173-182, nov. 2004.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, nº2, p. 129 - 53, abr/jun, 1990.

HARTZ, M. Z. A; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

LUNA, Stella Maris Malpici. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do estado de Mato Grosso**. Cáceres: UNEMAT, 2008.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. **Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://qwww.cosemsmg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias_EM_REVISO.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

MACHADO, M. H. *et al*. **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil:** focalizando a feminização. Rio de Janeiro/RJ: Observatório de Recursos Humanos/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

MARTES, A. C. B.; ARRETCHE, M.; MELO M.; RIBEIRO P. M. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP, 1999. Programa de apoio à gestão social no Brasil - Subcomponente: Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação. Relatório Final.

MARTÍNIC, S. **Evaluacion de proyetos:** conceptos y herramientas para el apren-

dizage. México: Comexixani-Cejuv, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. 269p.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. Gi, SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:** características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP, 2000. Caderno 48.

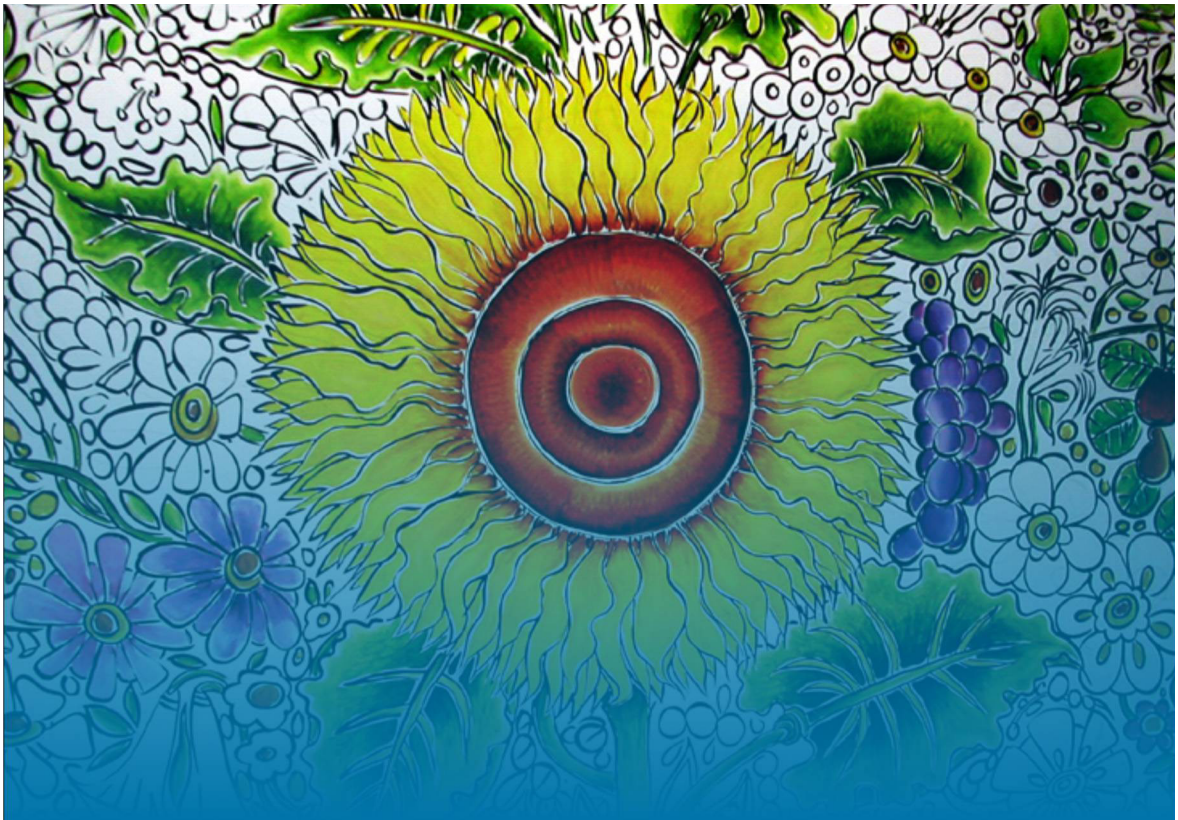
SOUZA, A. M. A.; GALVÃO, E. A.; SANTOS, I.; ROSCHKE, M. A. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde--Representação do Brasil; Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, 1991. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. **Instituto De Saúde Coletiva.** Histórico. Cuiabá/MT. Disponível em: <http://cpd1.ufmt.br/isc2006/pagina/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=27>. Acesso em: 25 abr. 2010.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G., SOUZA E. R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos:** abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ZACHARIAS, V. L. C. **Avaliação formativa**. 2005. Disponível em: <http://www.centrorefeducacional.pro.br/avaforma.htm>. Acesso em: 10 out. 2010.



PARTE II

A PRODUÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO: TEXTOS SELECIONADOS

Não basta saber ler que Eva viu a uva. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho. (Paulo Freire)

PARTE II - A PRODUÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO: TEXTOS SELECIONADOS

O PROJETO REDE DE APOIO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATO GROSSO: UMA ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DOS SUJEITOS LOCAIS E REGIONAIS

Ana Paula Louzada dos Anjos[1]
Fátima Aparecida Ticianel Schrader[2]

1 Introdução

Atualmente, um fenômeno cada vez mais frequente nos diferentes campos gerenciais dos mais diversos segmentos da sociedade mundial é a existência de redes, ou estruturas policêntricas, envolvendo diferentes atores, organizações ou nódulos, vinculados entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica administrativa compatível e adequada a realidade atual. Trata-se, pois, de uma realidade apreensível em redes empresariais, redes de políticas, redes de movimentos sociais, redes de apoio sociopsicológico, entre outras (FLEURY, 2005).

A proliferação de redes de gestão é explicada por uma multiplicidade de fatores que incidiram, simultaneamente, sobre as instituições conformando uma nova realidade administrativa. Nesse contexto, destaque-se o fenômeno da globalização econômica, que alterou os processos produtivos e administrativos, requerendo deles maior flexibilização, integração e interdependência entre os atores e organizações.

1 Assistente Social, membro do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEM/MT), egressa da Turma IV do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

2 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

Por outro lado, as transformações recentes no papel do Estado e em suas relações com a sociedade impõem novos modelos de gestão, que comportem a interação de estruturas descentralizadas e modalidades inovadoras de parcerias entre entes estatais e organizações empresariais ou sociais.

Segundo Klijn e Schneides (2005 *apud* INOJOSA, 2008, p. 40),

> [...] as redes nascem da mobilização de atores dispostos à transformação. São indivíduos que, tendo ou não o respaldo de uma organização [...] compartilham um ideal, desenham um objetivo comum e, por meio de um intenso e constante fluxo de informações, conseguem realizar no todo ou em parte os objetivos a que se propunham.

O conceito de rede envolve relações de troca, que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. Para Inojosa (2008, p. 37), "[...] as redes são teias flexíveis e abertas de relacionamentos mantidas pelo fluxo de compartilhamento de informações, ideais, objetivos, esforços, riquezas e necessidades entre os entes que as compõem em determinado momento histórico."

Sherer-Warren (1989 *apud* INOJOSA 2008, p. 37) observa que "[...] as redes singularizam-se pelas interações horizontais e práticas pouco formalizadas ou institucionalizadas [...] a base de tais interações seria a existência de laços de solidariedade e de projetos políticos ou culturais compartilhados, fundados em identidades e valores coletivos."

Os primeiros estudos fundamentados de uma estrutura relacional de organização social, sobre grupos que conformam uma rede, remontam os primórdios do século XX. Nessa perspectiva, a técnica discutida por Jacob Moreno, em 1934, fundamentava-se nos estudos de Psicologia Social, em cujo âmbito buscava descrever e analisar as relações interpessoais entre pequenos grupos (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Com base nas disciplinas que trabalham redes de políticas, estas são definidas como:

> [...] um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses em comum em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esse interesse comum, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns (FLEURY; OUVERNEY, 2007 , p. 16).

As redes de políticas são estratégias de governança dos sistemas políticos modernos,fundamentadas nos processos através dos quais as políticas públicas se estruturam e cujo foco encontra-se nas relações sociais, que tornam possível compreender o sentido das ações praticadas no interior da sociedade. Nesse sentido, a

ênfase nas relações pessoais passa a ser o pressuposto da análise das redes sociais, já que o social é estruturado por inúmeras redes de relacionamento de diferentes naturezas. A postura dos atores na rede influenciam suas ações, projetos e visões de mundo, assim como o acesso aos recursos de poder (OUVERNEY, 2008).

De acordo com Ouverney (2008), se as redes são formadas por atores, recursos, percepções e regras, esses elementos devem ser considerados não apenas nas análises das redes, mas também na sua gestão. Mais do que uma nova perspectiva de análise, as redes indicam uma mudança na estrutura política da sociedade e representam novas formas de organização social, respondendo aos problemas políticos de coordenação ou de mediação nesse âmbito.

Reitere-se que, na análise de redes, cujo enfoque central repousa nas relações sociais e não nos atributos de grupos ou indivíduos, torna-se possível compreender, através dessas relações, o sentido das ações sociais, enquanto os atributos dizem respeito apenas aos seus agentes. (FLEURY, 2005).

Na acepção de Fleury (2005), ao citar Jacobi (2000), Mandell (1990) e Sherrer-Warrer (1997), algumas das características das redes são também apontadas como limitadoras, gerando problemas e dificuldades para sua gestão, tais como: as redes de políticas, pelo fato de envolverem vários participantes, constituem novos desafios em relação ao uso dos recursos; o processo de geração de consensos e negociações pode ser lento, criando dificuldades para o enfrentamento de questões que requerem uma ação imediata; as metas compartilhadas não garantem a eficácia nos cumprimentos dos objetivos, já que as responsabilidades são compartilhadas; a dinâmica flexível pode terminar afastando os participantes dos objetivos iniciais ou comprometer a ação das redes pelo afastamento de alguns atores em momentos cruciais; os critérios para a participação nas redes não são explícitos e universais e podem provocar exclusão de grupos, instituições, pessoas e mesmo regiões, bem como deixar a política apenas nas mãos de algumas pessoas; as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas de gestão nas redes.

Na visão de Fleury (2005), como as redes diferenciam-se quanto aos tipos de coordenação, também sua gerência requer a adoção de estilos diferentes e compatíveis para que possa se efetivar. Nesse sentido, as estruturas dos arranjos interorganizacionais correspondem, basicamente, ao desenho de um importante impacto no desempenho futura e na natureza da gestão; nas redes não mediadas, ou voluntárias, a coordenação tem início com a participação das organizações, que assumem igual posição na rede; e nas redes mediadas, a coordenação começa por uma autoridade e pode ser imposta verticalmente pelo responsável legal e financiador, ou pode ser articulada horizontalmente por uma agência designada e que não se sobrepõe aos demais membros.

Na área de saúde, diferentemente do que ocorre na política, o conceito de redes está presente tanto em estudos como em estratégias de articulação e integração de unidades de serviços, e suas aplicações são diversas, como, por exemplo: rede de atenção primária, rede de serviços especializados, redes intergovernamentais, redes de informação etc.

As transformações ocorridas no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988) deram uma nova dimensão ao conceito de rede (OUVERNEY, 2008). Foram introduzidas novas instâncias e atores no processo de gestão e ampliados os vínculos ou as relações intergovernamentais. O processo de descentralização inerente à construção do SUS possibilitou aos atores fazerem parte dos espaços decisórios de efetivação da política pública de saúde, pois o processo de descentralização foi uma tentativa de formar o sistema de saúde, que implicou na mudança de seu papel. O SUS é composto pelas três esferas de governo, organizadas de forma integrada e complementar entre si (VIANA *et al*., 2008).

A implementação da Rede de Apoio ao SUS, enquanto uma estratégia de redes de políticas, no estado de Mato Grosso, representou a tentativa de criação de novas formas de coordenação, capazes de responder às necessidades e características da realidade vivenciada no momento e na qual o poder apresentava-se como plural e diversificado (FLEURY, 2005).

Considere-se que as transformações recentes nas atribuições do Estado e em suas relações com a sociedade impuseram novos modelos de gestão, que comportassem a interação de estruturas descentralizadas e modalidades inovadoras de parcerias entre entes estatais e organizações empresariais ou sociais, estabelecidos pelos processos de fragmentação e exclusão social, fatores impeditivos da geração de consensos e ameaçadores das condições de governabilidade nas sociedades.

Neste artigo busca-se caracterizar a implantação do Projeto da Rede de Apoio ao SUS em Mato Grosso, uma iniciativa do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS/MT), destacando-se sua importância no contexto da gestão municipal e regional do SUS, a característica e a percepção de atores sociais que integram a Rede, ressaltando-se ainda os limites e potencialidades em sua estruturação.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa junto aos cadastros dos integrantes da Rede, a fim de se caracterizá-los e defini-los como amostragem deste estudo, analisando-a a partir das falas de alguns desses componentes e, assim, captando a percepção destes sobre o significado da referida estratégia.

Busca-se neste estudo conceituar o tema redes de políticas, que implica o desenvolvimento de habilidades para o trabalho com a interdependência e autonomia dos atores envolvidos. Este texto também consta de breves comentários sobre do processo de regionalização da saúde em Mato Grosso.

As principais características das redes de políticas são a horizontalidade e a interdependência entre os diversos participantes, o que as distingue de outros formatos de gestão de políticas (FLEURY, 2005). O aprofundamento do debate teórico sobre redes partiu da exigência envolvendo a complexidade de sua implementação, decorrente da necessidade de se desenvolver duas habilidades imprescindíveis à garantia do comportamento mobilizador da liderança das redes: a habilidade de somar forças e a habilidade de alcançar metas comuns.

2 Método

Este estudo possui natureza descritiva, e seu desenvolvimento dá-se através de métodos e instrumentos de pesquisa quanti-qualitativa e de documentos de fonte secundária (MINAYO, 1996). A pesquisa foi realizada no COSEMS/MT, no período de 2003 a 2008, tendo-se recorrido a estas fontes de informação: a ficha cadastral dos integrantes da Rede, relatórios de atividades e o *site*[3(3)] do referido órgão, tendo sido a identificação da percepção dos atores obtida através de entrevistas gravadas em aparelho audiovisual por ocasião do XIV Encontro Estadual do COSEMS/MT.

Foram estes os critérios de seleção dos entrevistados, que, no total, constaram de dez pessoas: ter participado da Rede de Apoio desde o início de sua formação e ter acompanhado as principais atividades nas diferentes regiões do Estado.

As entrevistas foram conduzidas por um roteiro contendo duas perguntas abertas, por meio das quais os entrevistados pudessem manifestar suas dúvidas e opiniões sobre a Rede. Foram elas: 1) Qual o significado da Rede para você? e 2) Como você pode contribuir e trocar experiência participando da Rede de Apoio ao SUS? A escolha por esse tipo de entrevista justificou-se pelo fato de valorizar a presença do investigador e, ao mesmo tempo, de dar ao informante/ator/entrevistado liberdade de expressão.

A pesquisa qualitativa permite a avaliação das percepções, a qual é conduzida por meio dos discursos/verbalização dos atores sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Entender como estes pensam e agem na realização das atividades propostas permite ao pesquisador compreender sua participação.

Essa abordagem envolve dois momentos: o primeiro consistindo na coleta e sistematização de documentos disponíveis e o segundo, na análise da percepção das falas com base na teoria.

Para a produção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) são necessárias quatro operações (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005), quais sejam:

a) **Expressões-Chave (E-Ch):** são as partes dos depoimentos transcritas

3 Disponível em: <www.cosemsmt.org.br>. Acesso em: 30 de Novembro de 2009.

literalmente, representando a essência do conteúdo discursivo e permitindo uma comparação com as afirmações reconstruídas sob a forma de idéias centrais, ou ancoragens, com vistas ao julgamento da pertinência das seleções e reconstruções.

b) **Idéias Centrais (ICs):** dizem respeito ao essencial do conteúdo discursivo explicitado no trabalho.

c) **Ancoragens (ACs):** referem-se aos pressupostos, hipóteses, teorias ou conceitos e ideologias sobre as quais todo discurso está ancorado ou alicerçado, podendo ser expressos pelo ator mediante o emprego de marcas linguísticas claras ou estar manter-se subjacentes às práticas cotidianas dos profissionais, caso em que estes se mantêm inconscientes.

d) Metodologia do **DSC:** considerada a principal figura metodológica, implica um rompimento com a lógica quantitativo-classificatória e busca resgatar o discurso como signo do conhecimento dos próprios discursos. Através de pedaços, fragmentos de discursos individuais, procede-se à reconstrução de quantos discursos-síntese se julguem necessários para expressar uma representação social ou forma de pensar sobre um dado fenômeno. É uma estratégia metodológica que busca tornar mais clara uma representação social, ou um conjunto delas, que conforma o imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais.

Na metodologia do DSC, os resultados são processados discursivamente e não sob a forma de categorias. Os sentidos dos depoimentos são agrupados, esses grupos são identificados e os DSCs recebem um nome descritivo que indica uma direção, um campo semântico para sentidos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

3 Resultados e discussão

3.1 Breve contextualização sobre a regionalização da saúde em Mato Grosso

Mato Grosso possui uma população, estimada segundo seus municípios, de 2.854.642 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007), distribuída em uma extensão territorial de 903.357 km^2, caracterizando baixa densidade populacional e grandes distâncias entre municípios e regiões, com grande diversidade cultural.

O processo de descentralização e regionalização da saúde, com a reorganização da gestão e da atenção à saúde, iniciado em 1995, adotou um modelo de cooperação entre Estado e municípios. Foram criadas nas regiões instâncias colegiadas de gestão e prestação de serviços, como as Comissões Intergestores Bipartites Regionais, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e as Centrais de Regulação do Acesso e implementada a estratégia da saúde da família e do controle social municipal. Houve, ademais, estímulo para a formação de profissionais em todo o Estado, os quais tivessem perfil para atuar em saúde coletiva, nas áreas de epidemiologia, política, planejamento e gestão pública, constituindo um capital

social em todas as regiões mato-grossenses (MATO GROSSO, 2002; KEINERT *et al.*, 2006).

Para Keinert *et al.* (2006), essa experiência de descentralização adotada em Mato Grosso evidenciou o novo papel deste na formulação e condução da política de saúde nos espaços micro e macro regionais, assumindo a responsabilidade sanitária nos processos de organização dos serviços de atenção a saúde de interesse do conjunto dos atores sociais do município e do Estado.

Vários autores analisam que o final da década de 90 foi um marco histórico na reconceituação do papel da esfera estadual no desenvolvimento da regionalização, em função dos limites da municipalização da saúde. A edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS), em 2001, pelo Ministério da Saúde (MS), e o Pacto pela Saúde, em 2006, contribuíram para a efetivação dessa estratégia (PAIM, 2008; FLEURY, *et al.*, 2007; VIANA *et al.*, 2008).

Mais recentemente, a fragmentação do planejamento regional e a tendência à recentralização das decisões no âmbito estadual geraram a necessidade de fortalecimento do ator municipal. Novas articulações políticas e técnicas foram desencadeadas pelo COSEMS/MT para assegurar o processo democrático e os espaços já conquistados nas áreas municipal e regional. Por outro lado, era precária a estrutura do próprio órgão para responder às demandas emergentes dos municípios, bem como a necessidade de aproximação com as instituições formadoras e investigativas.

Nesse contexto, adotou-se a estratégia de construção da Rede de Apoio ao SUS, um projeto técnico e político aprovado pela diretoria do COSEMS/MT e que ganhou visibilidade a partir de 2004, sobretudo com o financiamento do MS através de recursos do Polo de Educação Permanente.

3.2 Regionalização, rede e fortalecimento da gestão municipal

O processo de discussão e maturação do Projeto da Rede de Apoio ao SUS teve início em 2003, envolvendo diversos atores: a SES, os Polos Regionais de Saúde, a Fundação Nacional de Saúde, a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), a SMS de Cuiabá e, ainda, a Diretoria do COSEMS/MT. No entanto, apesar da aprovação de todos esses organismos, a inexistência de financiamento para o projeto retardou a sua implantação, que só ocorreu em 2004, quando foi pactuado no Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso, ao ter sido aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), e no Conselho Estadual de Saúde com o patrocínio do MS, através do convênio do COSEMS/MT com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2008).

A Rede, que é parte da estratégia de fortalecimento dos municípios, con-

stitui-se em um espaço público para a socialização dos saberes e práticas nas diferentes regiões do Estado, tendo ampliado a participação dos sujeitos envolvidos na experiência de gestão partilhada do SUS. Trata-se, ademais, de um espaço de atuação permanente de sujeitos sociais qualificados técnica e politicamente, os quais se articulam para apoiar e assessorar a gestão da saúde no âmbito local e regional, integrando Estado e sociedade, instituições e profissionais da saúde e de outras áreas, como cultura, educação, meio ambiente, assistência social, ciências sociais, econômicas etc., com base nos princípios da regionalização cooperativa e solidária (CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO , 2008).

Com essa lógica de agregação de diversos atores atuantes em diferentes municípios e regiões em torno de um projeto de integração que visa fortalecer o SUS, propicia-se a ampliação e a conjunção de diversos saberes, que passam a estar diretamente envolvidos nas articulações e nos processos de acordo coletivo.

O trabalho da Rede fundamenta-se nos princípios da educação permanente em saúde, que estimula a mudança no modo de realização do trabalho cotidiano e a construção de novos sujeitos, comprometidos com a transformação das práticas de gestão, de atenção à prática educacional em saúde e ao controle social. A educação permanente também possibilita a compreensão de abordagens mais abrangentes sobre o SUS, a problemática das realidades vividas nesse âmbito e o uso de ferramentas críticas voltadas para a sua solução (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Essa opção pedagógica considera que o papel educativo é inerente a qualquer indivíduo e pauta-se na "aprendizagem significativa", que, a propósito, "[...] ocorre, quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe [...], propiciando assim, o diálogo entre o saber técnico e o saber cotidiano, ou seja, a experiência." (BRASIL, 2005, p. 13).

Desde 2004, o COSEMS/MT vem abrindo espaços, através de oficinas, para que os integrantes da Rede possam expressar, refletir e partilhar saberes e crenças, construindo juntos o diagnóstico sobre a realidade da saúde, bem como estratégias para o enfrentamento dos desafios. A experiência tem oportunizado o estabelecimento de vínculos e de identidades.

Nesse sentido, foram realizadas oficinas nas regionais de saúde, com vistas à sensibilização e mobilização dos sujeitos sociais para aderirem à proposta, as quais, ainda, se firmaram como o primeiro impulso para a mobilização regional, sinalizando processos de fragmentação e alienação no cotidiano das instituições (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Por outro lado, identificou-se a riqueza dos talentos locais e a importância da implementação das diretrizes de educação permanente como estratégia para criação de grupos, espaços, teias de discussão coletiva, reflexão, aprofundamento, discussões internas para nivelamento de linguagens e conceitos, como a condição

da gestão e o planejamento estratégico em saúde.

Considerando que a capacitação permanente dos profissionais da Rede requer a sua inserção em outros processos de formação e, de maneira imprescindível, uma formação teórico-metodológica que lhe permita responder ao cotidiano dos serviços, pautado nos fundamentos da educação permanente, o COSEMS/MT, em parceria com o ISC/UFMT, realizou quatro cursos de especialização no período de 2004 a 2009. Esse projeto somente se tornou possível devido à parceria com o ISC/UFMT, que foi responsável pela atividade acadêmica. O curso foi estruturado com foco na gestão municipal, contribuindo para a formação de quadros para as mudanças pretendidas na condução do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2009).

A Rede é contemplada também com os benefícios advindos de outras iniciativas de ordem institucional, tais como: a) o desenvolvimento da pesquisa e o fortalecimento da gestão participativa, mediante a incorporação das deliberações das Conferências de Saúde às Políticas de Saúde em dezesseis municípios de Mato Grosso, executado pela Organização não Governamental (ONG) Grupo de Saúde Popular (GSP), em parceria com o NDS/ISC e o COSEMS/MT; e a) o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG/SUS), que mobilizou monitores integrados da Rede (RIBEIRO *et al.*, 2009).

A capacitação permanente dos integrantes da Rede tem sido uma das principais diretrizes orientadoras do trabalho numa perspectiva teórico-metodológica de construção coletiva do conhecimento e de resposta ao cotidiano dos serviços, incluindo a inserção desses profissionais em outros processos de formação (CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO , 2008). A experiência da Rede promoveu e intensificou a participação e mobilização dos atores sociais na implantação do Pacto pela Saúde, um novo consenso a favor da descentralização e regionalização da saúde e do realinhamento de papéis e responsabilidades dos três entes federados (VIANA *et al.*, 2008).

A Rede de Apoio ao SUS em Mato Grosso ganhou capilaridade e hoje abrange dezesseis regiões mato-grossenses, envolvendo gestores, profissionais, docentes e alunos de pós-graduação e de serviços, os quais atuam na área da saúde e suas interfaces e de organizações não governamentais, com a intervenção focada nas demandas dos 141 municípios e regiões.

A estratégia de implementação da Rede fez com que o Conselho respondesse a essas demandas, o que foi determinante para os avanços construídos ao longo dos cinco anos e, especialmente, para o ganho gradativo de visibilidade, conforme mostram os dados referentes à adesão dos 141 municípios do Estado: em 2004 havia 51 municípios contribuintes; em 2005, 62; em 2006, 66; em 2007, 86; em 2008 se atingiu a marca de 101 filiados; e em 2009, de 116 filiados.

Ainda, o desafio do Conselho é estabelecer modalidades gerenciais capazes de viabilizar os objetivos pretendidos com a implementação de uma rede de

políticas, uma vez que isso implica a reflexão sobre suas características, potencialidades e debilidades, assim como sobre os problemas específicos envolvendo sua gestão.

3.3 Características dos membros da Rede de Apoio ao SUS

A Rede é constituída por vários integrantes, dos quais nem todos formalizaram cadastro junto ao COSEMS/MT. Sendo assim, os dados a seguir são dos integrantes cadastrados: a maioria é do gênero feminino (81,25%), prevalecendo a faixa etária entre 30 e 50 anos (87,50%). Em relação à formação profissional do conjunto, predomina a participação dos Enfermeiros (25%) e Assistentes Sociais (16,25%); os demais estão distribuídos em profissões diversas, com concentração dos que possuem vínculo institucional com a SMS (63,75%).

Em cinco anos de existência, a Rede vem integrando profissionais, gestores, conselheiros de diferentes instituições com experiência em gestão do SUS, organização de serviços e sistemas de saúde, promoção da saúde e controle social, ou que estejam abertos para aprender a trabalhar coletivamente, visando à transformação das práticas de saúde, principalmente, socializando o aprendizado nos espaços de trabalho cotidiano e nas atividades de assessoria aos municípios, representando o COSEMS/MT.

3.4 Percepção dos membros da Rede sobre o seu significado

Como previsto na metodologia, analisou-se a percepção de integrantes da Rede quanto ao seu significado no fortalecimento dos processos de descentralização da saúde e interiorização da produção de conhecimentos e práticas.

Consideramos importante salientar que nem sempre as falas dos entrevistados obedeceram rigorosamente ao roteiro proposto, de sorte que as informações concedidas muitas vezes se apresentaram de forma entrelaçada, o que parece ser natural, pois as questões, de fato, guardavam relações umas com as outras. Destaque-se que foram consideradas na análise aqui proposta somente as respostas às duas últimas questões do roteiro, tendo-se reelaborado os depoimentos para a construção do DSC.

Sendo assim, para a questão 1 - Qual o significado da Rede para você? -, chegou-se a estas informações:

ICs: A Rede é um espaço para troca de conhecimento; um fato político para o SUS de Mato Grosso; fortalece o papel do Gestor Municipal; contribui para construção coletiva; é um espaço de troca de saberes e solidariedade.

DSC: A Rede é muito importante, porque representa a oportunidade de atualização de conhecimentos; um espaço de aprendizado a partir da troca de ex-

periências, contribuindo com a construção do SUS. Participar da Rede significa ter acesso e motivação para a luta coletiva, a fim de que o SUS seja universalmente concebido como um direito à cidadania, constituindo um novo sujeito, o ator técnico municipal. Fazer parte da Rede de Apoio ao SUS propicia ao participante uma visão mais ampliada do processo, permitindo-lhe lançar sobre as decisões um olhar numa perspectiva horizontal, trabalhar de forma que a hierarquia, todos os pré-conceitos e tudo aquilo que esteja estagnado sejam repensados e discutidos democraticamente, contando com a participação de todos os setores da sociedade, incluindo universo de outras políticas publicas, meio ambiente, serviços sociais, educação, etc., promovendo a intersetorialidade com à saúde.

De acordo com os depoentes,

> A Rede propicia uma maneira de estar interligada com vários atores, vários lugares que envolvem toda a gestão do SUS. A rede na verdade é um lar agente, agente se encontra freqüentemente, **o contato, o vinculo é muito forte**, agente conversa muito, discute as ações, um apoia o outro, um discute com o outro, agente abraça a causa mesmo, todo o processo de militância, agente procura dar resposta de maneira mais imediata ao problema do outro, que eventualmente é um problema nosso o tempo todo. Enquanto integrante da Rede compartilhamos, socializamos e interagimos em defesa da política publica de saúde, representando politicamente os municípios do Estado, uma vez que temos realidades diferentes de uma região para outra e agente sabe que procurar políticas publicas e fazer políticas publicas iguais para todos os municípios não dá certo e não vale, principalmente no nosso Estado, onde as realidades são totalmente diferentes. Ser Integrante da Rede é contribuir para melhorar as conduções da política publica de saúde tanto em termos operacionais, como do ponto de vista da Repolitização e em todos os assuntos referentes à condição do SUS em nossos municípios, a intenção é que ela seja ainda mais planejada ao longo do tempo, que esta Rede seja mais consistente e que este suporte cada vez mais seja efetivo para os municípios. [4(4)]

Destaque-se que, na análise aqui realizada, observou-se que as falas se inserem em discursos muito próximos, pondo-se em destaque os pontos positivos do método escolhido para tal exame, o qual muito contribuiu para a configuração de uma visão de conjunto.

Com relação à primeira questão, o Discurso do Sujeito Coletivo direciona-se para o entendimento de que o processo de troca, de soma, do vínculo, da diversidade ou aceitação do outro como diferente e o reconhecimento deste como parceiro, bem como da ação coordenada e interdependente, da negociação dos con-

4 Trecho de entrevista de um gestor, concedida ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, 09 de Junho de 2008.

flitos e da busca de um objetivo comum, tudo isso requer uma sociedade com uma cultura democrática e uma estrutura de distribuição da riqueza e do poder mais igualitária. Nesse sentido, a democracia é um requisito indispensável ao êxito das ações da Rede de Apoio ao SUS.

A participação dos atores na formulação e gestão da política pública de saúde cria as condições para o desenvolvimento da cidadania e para a emancipação dos municípios, ao mesmo tempo em que transforma as estruturas autoritárias do Estado, gerando formas de cogestão pública. O papel de liderança dos municípios na articulação dos atores indica que, ao invés de um enfraquecimento do Estado, o fortalecimento dos municípios através da atuação dos seus atores sinaliza a sua possível transformação.

O integrante da Rede, um ator vinculado a um órgão público municipal, deve deixar de ser um cumpridor de planos e projetos para se tornar um negociador, capaz de incentivar o diálogo, coletivizar idéias, formular alternativas e articular a ação conjunta. Sendo assim, o negociador, cujo trabalho pauta-se na participação e no diálogo, com autonomia, tem na interação o instrumento fundamental de sua ação, o que possibilita aos integrantes da Rede captar, transferir e disseminar seus conhecimentos com vistas à construção de um SUS de qualidade, igualitário, promovendo a cidadania da população do Estado.

Para a questão 2 - Como você pode contribuir e trocar experiência participando da Rede de Apoio ao SUS? -, as informações colhidas são expostas a seguir:

ICs: Fortalecendo a amizade e a solidariedade entre todos os que lutam pelo direito à saúde integral.

DSC: Fortalecendo o debate da política de saúde no Estado, sensibilizando os profissionais para que estes participem da Rede, pois este é um movimento que visa fortalecer os municípios e põe o gestor municipal no cenário da política pública de saúde no Estado, haja vista a Rede, na atualidade, ser uma estratégia muito forte de militância de fortalecimento do SUS.

Na visão dos depoentes,

> [...] a troca de experiências promove uma colaboração mais efetiva, acredito nas pessoas que lutam por boas causas e acreditam que vale lutar sempre por elas, os integrantes da Rede de Apoio ao SUS são essas pessoas... Penso que se o movimento tiver mais autonomia, e se cada integrante estabelecesse uma proposta de ação, colocando o que melhor desempenha, o grupo vislumbre uma oportunidade de maior interação e contato interpessoal, prestando assessoria de acordo com as demandas, para implementação das políticas de saúde no Sistema Único, políticas que tem garantia de acesso, garantam saúde para toda população, garantam o direito a cidadania para o povo de Mato Grosso.[5]

5 Trecho de entrevista e um gestor, concedida ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, 08 de Junho de 2008.

Em relação à segunda questão, nota-se um discurso que demonstra a importância dos integrantes da Rede para a promoção da solidariedade, fortalecendo os vínculos entre os diferentes atores nos processos de interação e desenvolvendo meios pelos quais esses processos possam ser estimulados, mantidos ou mudados, quando necessário. Outro apontamento relevante refere-se à necessidade de se criar questões relativas às regras de interação, aos valores e às percepções, que podem ser promovidas a partir de debates abertos, de processos de avaliação e aprendizagem ou mediante a troca de conhecimento entre os atores. E isso requer o planejamento das ações desenvolvidas, para que se desperte nos atores duas habilidades: a habilidade de somar forças e a habilidade de alcançar metas comuns.

4 Considerações finais

Diante da atual conjuntura de retração do papel do Estado na coordenação da política estadual de saúde e na cooperação intergovernamental, os municípios acumulam força para o enfrentamento no processo de decisão nas esferas técnica e política do SUS. O financiamento oriundo do MS e sua manutenção ao longo desses cinco anos, bem como o espaço aberto à gestão municipal, decorrente da estratégia do Polo de Educação Permanente em Saúde, foi determinante para os avanços construídos e o empoderamento dos gestores municipais de saúde, através de seu órgão colegiado, o COSEMS/MT.

Ao implementar o Projeto Rede como estratégia de qualificação da gestão participativa com controle social, o Conselho vem conseguindo responder às demandas dos municípios e tem ganhado visibilidade gradativamente, conforme evidenciam os dados de adesão dos municípios, dentre os 141 constitutivos do território mato-grossense: em 2004 eram 51 deles, número esse que, em 2009, saltou para 116 contribuintes.

Ademais, estabeleceu-se parceria com as instituições formadoras, sobretudo a UFMT/ISC/NDS e a Escola de Saúde Pública da SES/MT, para a elaboração, o planejamento e a execução conjunta de atividades voltadas para o fortalecimento da gestão do SUS em Mato Grosso, conforme ações realizadas, potencializadas e disseminadas com a participação de integrantes da Rede de Apoio ao SUS. Nesse contexto, observou-se intensa mobilização e capacitação direcionadas à área da saúde em todo o Estado, experiência que tem permitido a vivência de novas práticas integradoras e o empoderamento dos sujeitos coletivos em consonância com o pensamento de Fleury e Ouverney (2007), ao observar que a cooperação é a melhor maneira de se alcançar as metas comuns.

Pode-se afirmar que o movimento de atores sociais do SUS na Rede, propiciado pelo fluxo compartilhado de informações e encontros (INOJOSA, 2008),

o qual ainda não foi consolidado nem sistematizado, já está enraizado na área da saúde, dando origem a uma nova institucionalidade. Com isso, tais integrantes, dos quais praticamente todos apresentam vínculo com algum órgão público municipal, estadual e/ou federal e residem em territórios diversificados, partilham respostas cotidianas às demandas da gestão municipal, uma identidade própria (KLIJN; SCHNEIDES, 2005 *apud* INOJOSA, 2008, p. 40).

Com base nos valores expressos no pensamento de Fleury (2005), quanto ao conceito de rede, pode-se concluir que a Rede de Apoio ao SUS representa um instrumento fundamental para a gerência da política pública de saúde em Mato Grosso, tendo, ademais, permitido a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social, compatíveis com a transformação da sociedade civil do Estado.

Entretanto, não se pode assumir uma visão meramente instrumental da Rede de Apoio ao SUS, nem imaginá-la como a solução para todos os problemas que envolvem o campo da política pública de saúde da região. Em face do exposto ao longo deste trabalho, verifica-se ser necessário que se dispense à Rede um planejamento permanente, com os próprios atores envolvidos identificando em que aspecto podem contribuir mais, considerando-se, para tanto, as demandas da Rede.

Como a Rede é uma estrutura policêntrica, não se pode perder de vista a persistência da desigualdade na distribuição do poder, nem as dificuldades gerenciais inerentes ao processo de gestão em uma estrutura reticular. E isso porque a coordenação desse processo não deve estar ligada somente à figura de poucas pessoas e, sim, ao coletivo, levando para debate o conjunto de atores que a compõe.

É necessário, também, se ter em conta as limitações das políticas públicas no cumprimento de certas funções de caráter nitidamente estatal, como, por exemplo, a garantia de direitos sociais da saúde e a regulação. E, finalmente, há que se considerar os novos desafios impostos pelos processos de fragmentação e exclusão social, que impedem a geração de consensos e ameaçam as condições de governabilidade da Rede.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde:** unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2005.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MATO

GROSSO (COSEMS/MT). **Relatório das atividades da Rede de Apoio ao SUS**. Cuiabá: COSEMS, 2008.

FLEURY, Sônia. **Redes de Políticas:** novos desafios para a gestão pública. Administração em Diálogo, São Paulo, n. 7, p. 77-89, 2005.

FLEURY, Sônia; OUVERNEY, Assis Mafort. **Gestão de Redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FVG, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da População 2007**. Brasília: IBGE, 2007.

INOJOSA, Rose Marie. Revisitando as Redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 41, abr. 2008.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; MENEGUZZO, Marco. **Inovação e cooperação intergovernamental:** microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: Annablume, 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Depoimentos e Discursos:** uma proposta da análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro, 2005.

LAVILLE, Chistian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **A regionalização da saúde em Mato Grosso:** em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES, 2002.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde - PDR**. Cuiabá: SES, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

NAGAI, Roberta. et al. **Conhecimentos e práticas de adolescentes na prevenção de acidentes de trabalho:** estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, n. 41, p. 404-11, 2007.

OUVERNEY, Assis Mafort. **Os Desafios da Gestão em rede no SUS:** situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Regionalização em Saúde:** a atualização de uma agenda política. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 42, p. 23-6, 2008.

RIBEIRO, Maria Salete *et al.* **A Rede de Apoio ao SUS em Mato Grosso:** uma

estratégia para o fortalecimento do papel dos municípios na regionalização e implementação do Pacto pela Saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 62-73, 2009.

ROVERE, Mario. **Redes nômades:** algumas reflexiones desde uma pratica de intervencion institucional. Olho Mágico, Londrina, n. 3, p. 57-66, 1998.

SCHRADER, Fátima Ticianel. **A implementação do Programa de Saúde da Família no Município de Campo Verde:** desafios e perspectivas para o gerenciamento e gestão. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al*. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan.-jun. 2008.

CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE NA REGIÃO SUL DE MATO GROSSO: INSTRUMENTO DE COOPERAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Djanira Amaral Lograd*o[6]
Luisa Guimarães Queiroz[7]

1 Introdução

A saúde pública manteve-se na agenda de prioridades do Estado de Mato Grosso, assim como na pauta da política e da sociedade, encontrando-se a questão mais frequentemente discutida vinculada aos fatores de gerenciamento dos recursos financeiros, materiais e humanos, no que se refere ao exercício da responsabilidade pública na atenção à saúde da população.

Nesse contexto, surgiu o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), um instrumento de apoio à gestão da saúde e aliado à estruturação dos serviços de maior complexidade, os quais demandam economia de escala e se somam à atenção básica para a garantia da integralidade desta.

Dentro destes anos, o CIS vem se consolidando como ferramenta de gestão de recursos para a qualificação da atenção à saúde, estando sua constituição amparada pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, além de se encontrar referenciada em outros regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Consórcio Regional de Saúde do Sul de Mato Grosso (Coress) abrange dezenove municípios, tem sede na cidade de Rondonópolis, região de recente crescimento econômico em muitos segmentos, sobretudo no da saúde.

Juscimeira, município integrante do Coress, objeto central deste estudo, está localizado na região Sul-Mato-Grossense, ficando-se a uma altitude de 251 m (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005). No ano de 2004, contava com uma população de 12.635 (doze mil, seiscentos e trinta e cinco) habitantes, distribuídos em 2.212 km^2 de área territorial. A maior parte dessa população dedica-se às atividades relacionadas, direta ou indiretamente, à agropecuária, seguindo a tendência da maioria dos municípios mato-grossenses, considerado celeiro de grãos do Brasil (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUSCIMEIRA, 2004).

O município de Juscimeira dispõe de uma Secretaria Municipal de Saúde

6 Enfermeira, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rondonópolis - Mato Grosso (MT), egressa da Turma I do Curso de Gestão em Sistemas de Saúde (CGSS).

7 Psicóloga, doutora em Saúde Pública, servidora do Ministério da Saúde (MS).

(SMS) estruturada com três departamentos. O primeiro deles, o Departamento de Assistência a Saúde, responde pelos Programas de Saúde da Família, Saúde da Mulher e da Criança e Saúde do Idoso; pelo Sistema Integrado de Saude (SIS)/ Hiperdia, Cartão SUS, Doenças Crônicas Degenerativas, Saúde Bucal e Saúde Mental. O segundo, o Departamento de Saúde Coletiva, é responsável pelas áreas de Controle da Qualidade da Água (SIS/Água), pelos programas de Controle de Zoonoses, de Saúde do Trabalhador, de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica, de Saúde Ambiental, de Hanseníase e Tuberculose, de Educação e Saúde e, ainda, gerencia os Sistemas de Informação (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC e Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN). E o terceiro, o Departamento de Gestão de Sistemas de Saúde, que responde pela Coordenação do Hospital Municipal, do Conselho Municipal de Saúde e de ações junto ao Consórcio Regional de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUSCIMEIRA, 2004).

Neste artigo propõe-se analisar a estrutura do funcionamento do Coress, com foco nos aspectos motivação e determinantes financeiros. Busca-se, a partir desse conhecimento, identificar condições facilitadoras e determinantes da constituição dessa instância, bem como descrever sua modalidade de financiamento e utilização dos recursos de que dispõe.

Subsidiou o texto a pesquisa bibliográfica sobre o tema consórcio em saúde, mediante consulta em livros, periódicos e documentos técnicos. Foram realizados levantamentos junto ao Coress para fundamentar a análise das vantagens e desvantagens do instrumento consorcial para a atenção à saúde em âmbito regional.

A relevância deste estudo relaciona-se ao fato de que, sendo os referidos consórcios instrumentos destinados à melhoria das ações de saúde, faz-se necessária a análise de resultados de sua adoção pelo SUS. Outro aspecto relevante que justifica o estudo diz respeito ao fato de na saúde ser fundamental que se busquem melhorias de acesso a acreditação de serviços de saúde, em face das distâncias geográficas do município sede Rondonópolis, das dificuldades viárias e dos escassos recursos de infraestrutura para a manutenção de ações complexas e especializadas.

2 O surgimento e desenvolvimento dos consórcios de saúde no estado de Mato Grosso

2.1 Histórico dos consórcios de saúde no Brasil

O princípio do associativismo está historicamente presente nas sociedades com a finalidade de potencializar os recursos disponíveis e diminuir os possíveis riscos. O consórcio é um instrumento jurídico que formaliza processos de associação e de cooperação em diversos campos da saúde e nas políticas públicas.

No Brasil, a saúde é uma política pública organizada com um sistema

único, descentralizado para cada esfera de governo e com caráter federativo. E à medida que a descentralização do setor avançou, os municípios e os Estados assumiram responsabilidades distintas no SUS.

Nessa perspectiva, o consórcio em saúde é um dos instrumentos difundidos no SUS para apoiar esse processo de descentralização, previsto na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990). Ainda que os primeiros consórcios em saúde no Brasil tenham sido constituídos na década de 60, sua prática difundiu-se apenas nos anos 80, tendo se desenvolvido com maior intensidade no final da década de 90. Nesse mesmo período se deu o avanço da descentralização para os municípios, em decorrência da necessidade de ampliação da oferta de ações de saúde (MENDES, 2001, p. 66).

Entre os fatores determinantes da implantação do sistema de consórcio, no caso específico do estado de Mato Grosso, estão as distâncias geográficas e a necessidade de consolidação da descentralização.

> A forma como entenderemos a descentralização [...] é a que envolve uma redefinição da estrutura de poder no sistema governamental, que se realiza através do remanejamento de competências decisórias e executivas, assim como dos recursos financeiros necessários para financiá-las. (NEVES, 1986 *apud* MÜLLER NETO, 1995, p. 44).

Estudos demonstram que os problemas enfrentados pelos municípios pequenos podem ser sanados através dos consórcios:

> Para os municípios pequenos, com populações inferiores a 10 mil habitantes, para implementar ações de saúde, enfrentam problemas quanto à otimização da estrutura física, à falta de recursos materiais e de apoio diagnóstico, ao acesso as novas tecnologias e à escassez de recursos financeiros, que induzem a busca de parcerias para a organização dos sistemas de saúde. (LIMA, 1998, p. 987).

2.2 A descentralização e a municipalização da saúde

O inciso I do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e formam um sistema único, organizado segundo diretrizes específicas, dentre as quais a descentralização, com direção única em cada esfera de governo (MENDES, 2001).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, enfatizam a diretriz da descentralização definindo-a como a municipalização das ações e dos serviços de saúde. Nesse contexto, a partir de bases jurídicas, o SUS foi implantado por intermédio das Normas Operacionais Básicas

(NOB).

As NOB (Normas Operacionais Básicas) INAMPS/91, SUS/93 e SUS/96 aprofundaram a descentralização para os Estados e, mais especificamente, para os municípios. Ainda que a constituição do consórcio em saúde date de período antecedente à NOB/91, o desenvolvimento ocorreu quando vigoravam esta norma e a NOB/92. No período de vigência da NOB/93, nos anos de 93 a 97, registra-se uma fase de expansão dos consórcios, ao que se seguiu, porém, uma fase de estabilização, com a NOB/96 vigorando de 1998 até o ano 2000 (GUIMARÃES, 2001).

Contribuíram para a expansão dos consórcios a descentralização e a municipalização, alicerçadas na condição de gestão semiplena. Com a constituição das comissões intergestores bipartite e tripartite (CIB e CIT, respectivamente), os espaços e temas de articulação entre municípios e Estados se intensificaram, fortalecendo a premissa da cooperação no SUS. O desenvolvimento dos consórcios em saúde está relacionado, ainda, ao modelo de gestão estadual, por encontrarem-se mais presentes naqueles Estados que adotaram o sistema de organização dos serviços com ênfase na regionalização (GUIMARÃES, 2001).

No estado de Mato Grosso, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) conduziu a política de descentralização dos serviços da saúde fundamentada nas diretrizes do Ministério da Saúde, com base no pressuposto de que a "redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social". (BRASIL, 1993, p. 49).

2.3 Os consórcios de saúde

A regulamentação do consórcio em saúde é bastante ampla e, recentemente, dispõe-se especificamente de uma única lei, a Lei de Consórcios Públicos (nº 11.107, de 6 de abril de 2005). Com base nas experiências dos municípios consorciados e na regulamentação existente, pode-se considerar a necessidade de três etapas fundamentais para a constituição desses consórcios (FÓRUM NACIONAL DE SECRETÁRIOS DO PLANEJAMENTO, 2005). É o que se expressa no quadro a seguir:

Quadro 1 - Etapas para a constituição de consórcios em saúde

Etapas	Caracterização
Etapa 1	Estabelecimento de Protocolo de Intenções como documento de que formaliza a intenção de se constituir consórcio em saúde, incluindo os itens previstos na Lei de Consórcios Públicos.
Etapa 2	Ratificação do Protocolo de Intenções para a formação do consórcio público por meio de lei de correspondente a cada legislativo integrante. A ratificação pode ocorrer com reservas caso a lei tenha sido publicada antes da celebração do referido documento, podendo ser dispensada a ratificação posterior.
Etapa 3	Criação dos estatutos após a elaboração do Protocolo de Intenções e sua ratificação, que se converte em contrato de constituição do consórcio público.

Nota: Construção das autoras.

No estado de Mato Grosso, os consórcios intermunicipais de saúde, concebidos como uma estratégia de apoio à descentralização da saúde, tradicionalmente estão orientados para especialidades médicas, sendo frequente que os serviços especializados centrem-se na capital, sendo difícil o seu acesso por habitantes de pequenos municípios ou por aqueles que moram distantes desse centro urbano. Assim, o consórcio em saúde torna-se uma alternativa para dotar de serviços de saúde mais complexos localidades mais longínquas do Estado (MÜLLER NETO, 1995).

A participação em consórcios de saúde funcionou como atrativo para a adesão dos municípios do interior do estado de Mato Grosso, haja vista a possibilidade de cooperação intermunicipal favorecer o alcance da integralidade e equidade para as populações reduzidas e geograficamente dispersas. O processo de descentralização da saúde fortaleceu a união dos municípios e constituiu uma ferramenta para complementar a atenção básica em âmbito municipal por meio de um suporte ao sistema de referência dentro das especialidades (LIMA, 1998).

Do ponto de vista financeiro, o Coress tem como fonte de recursos as contribuições municipais mensais, calculadas com base no índice populacional. Neste estudo, esses valores resultaram de variados estudos, nos quais técnicos da SES/MT indicaram custos referentes à manutenção das especialidades. O cálculo final avaliou que R$ 0,30 (trinta centavos) *per capita* seria um valor suficiente para suprir as necessidades de assistência à saúde da população dos municípios consorciados, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde.

As ações de saúde realizadas pelo Coress são, assim, financiadas por recursos das prefeituras de cada município consorciado, os quais são transferidos mensalmente para uma conta única gerenciada pelo consórcio. Esse valor é originário do Fundo Municipal de Saúde, com cálculo realizado segundo a renda *per capita*, como previsto no Estatuto do Consórcio Regional de Saúde do Sul de Mato Grosso (2002):

> § 1º - A quota de contribuição será fixada pelo Conselho Diretor, até o último dia do mês de junho de cada ano, para vigorar no exercício seguinte e será paga em duodécimos, até o dia 10 (dez) de cada mês. O repasse mensal será deduzido do Fundo Municipal de Saúde e repassado diretamente à conta do Consórcio.
> § 2º - Os recursos financeiros serão movimentados através do fundo intermunicipal de saúde de acordo com a legislação que regula o funcionamento dos recursos municipais de saúde.

Além desse, existe o apoio financeiro do Governo do Estado de Mato Grosso, através do Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PACIS) que reembolsa aos municípios 50% do valor *per capita* destinado ao consórcio, também, efetua a transferência direta de recursos a este instrumento.

Ainda que a participação no consórcio requeira uma parcela significativa de recursos para os municípios consorciados, esse instrumento viabiliza a execução de ações e serviços de saúde necessários ao alcance da universalidade, da integralidade, da democratização e da descentralização do SUS (SECRETARIA ESTATUAL DE SAUDE, 2005).

O Coress segue a tendência dos consórcios existentes no Estado no que tange ao objeto e à forma de financiamento das ações. A propósito do seu objeto este se refere à contratação de especialistas para dar suporte às ações de atenção básica à saúde executadas pelos municípios da região Sul de Mato Grosso (SECRETARIA ESTATUAL DE SAÚDE, 2005).

Para o cálculo de consultas médicas por especialidades, oferecido pelo consórcio, foram utilizados parâmetros de necessidades e capacidades da atenção básica, especialidades e alta complexidade (Lei 1.101/2002). Tais parâmetros estabelecem a necessidade da oferta de duas a três consultas por habitante por ano (cons/hab/ano), e, na porção Sul do Estado, o cálculo utilizado foi de 2,2 cons/hab/ano.

2.3.1 Estrutura administrativa do Consórcio Regional de Saúde do Sul de Mato Grosso e benefícios da cooperação entre os municípios

Para as atividades de administração do Coress, seguindo a tradição de outros consórcios intermunicipais de saúde, convoca-se uma Assembleia Geral municipal, na qual são realizadas as eleições de candidatos à ocupação dos cargos do consórcio. Assim, entre os prefeitos participantes, escolhe-se o Presidente do consórcio e, em seguida, define-se o Conselho Diretor e o Conselho Técnico de Saúde. Deste último, fazem parte os secretários municipais de saúde dos municípios consorciados. Na mesma Assembleia é apontado o Secretário Executivo, sendo todo o processo formalizado em Ata de Constituição do Consórcio. Dessa

reunião resulta a elaboração de um estatuto que fundamenta todas as atividades do consócio e a responsabilidade de cada município consorciado.

A administração do consórcio intermunicipal de saúde no SUS deve garantir a transparência, pois cada município consorciado é responsável pelas atividades realizadas e pelos recursos aplicados de forma consorciada, a respeito dos quais presta contas inclusive aos respectivos conselhos de saúde. As ações do consórcio não são objeto de controle social direto, sendo este realizado pelos auditores do sistema estadual e pelo Tribunal de Contas do Estado.

2.3.2 Objetivos e finalidades dos consórcios de saúde

Os consórcios em saúde têm objetivos e finalidades específicos, dentre os quais se destacam a oferta de serviço de saúde de qualidade e a possibilidade de os moradores de pequenas cidades terem acesso a especialistas (SEMINÁRIO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA REGIÃO SUL DE MATO GROSSO, 2000).

A meta de criação de consórcios é a possibilidade de os municípios executarem com maior eficiência e eficácia ações e serviços de que as populações precisam, tendo-se em conta os princípios do SUS, ou seja, universalidade, integralidade e equidade na execução das atividades, sem olvidar a qualidade e a humanização no desenvolvimento das ações (BRASIL, 1997).

2.4 Vantagens dos consórcios para os municípios no Mato Grosso

Os consórcios em saúde, como quaisquer outros instrumentos, possuem vantagens e desvantagens. Dentre as desvantagens, existe uma que afeta particularmente o Coress, relacionando-se à transferência de responsabilidades pelos municípios para além das capacidades e objetivos do consórcio.

Muitas são, contudo, as vantagens para a saúde da população decorrentes da constituição desses consórcios:

> Os consórcios surgem como uma forma de aumentar a resolutividade dos sistemas locais de saúde, e como uma reação à montagem de sistemas regionais de referência secundária e terciária, incluindo serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Ou seja, surgem espontaneamente, a partir das necessidades dos municípios de resolver problemas de atenção à saúde das suas populações, sendo uma organização exclusiva dos municípios, fruto da comunicação horizontal entre os mesmos. (MENDES, 1996, p. 17).

De acordo com o SES/MT, são reconhecidas cinco vantagens da constituição de consórcios no Estado (Quadro 2), as quais , em conjunto, contribuem para o resultado final de melhoria da qualidade de vida das comunidades que vivem

nos pequenos municípios consorciados (GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2005, p. 4-5).

Quadro 2 - Ganhos principais da constituição de consórcios de saúde

Vantagem
Racionalização no uso de recursos
Modernização administrativa
Otimização do orçamento/finanças
Planejamento regionalizado
Cooperação técnica

Nota: Construção das autoras.

3 Os consórcios em saúde em Mato Grosso

No estado de Mato Grosso existem treze CIS, que vêm sendo apontados como referência ambulatorial, hospitalar e de serviços em toda a região. De acordo com dados coletados junto ao Coress, o surgimento dos CIS no Estado ocorreu com a divulgação de documento da Secretaria de Estado de Saúde, em julho de 1995,documento do qual constam as primeiras diretrizes do consórcio, apontando para a premissa de que, nesse sistema, o Estado, os municípios e a população fariam parceria com o SUS. O modelo de consórcio indicado em tal documento foi seguido pelo Coress, sabendo-se que, de acordo com as condições e as características do Estado, existem cinco modelos distintos de consórcios, conforme expressos no quadro que segue:

Quadro 3 - Modelos de consórcios em saúde em Mato Grosso

Modelo	Tipo de unidade de referência
Modelo I	A unidade de referência é um hospital estadual.
Modelo II	A unidade de referência é um hospital municipal.
Modelo III	A unidade de referência é um hospital cujo controle é assumido pelo município mediante arrendamento ou recebimento de uma entidade, municipalizando-o e dividindo a gestão com o CIS.
Modelo IV	A unidade de referência é um hospital de urgência e emergência estadual.
Modelo V	O CIS compra 100% do atendimento na rede privada, negociando pacotes que incluem consultas, internações, cirurgias e Serviço de Apoio, Diagnóstico e Tratamento (SADT).

Nota: Construção das autoras.

A constituição do Coress em Mato Grosso ocorreu no ano 2000, haja vista o fato de que a região já possuía um sistema de referência organizado, com centrais de marcação e regulação, o maior número de especialistas e uma unidade hospitalar de referência (Hospital Regional Irmã Elza Giovanella, 2002).

4 Considerações finais

O SUS foi criado para garantir à população saúde com qualidade, prestando cuidados desde a prevenção até a recuperação e reabilitação do paciente. A descentralização e a municipalização da saúde foram alternativas encontradas para a implantação desse órgão. Entretanto, assumir a responsabilidade pela saúde da população nos municípios significou, em algumas situações, um encargo maior do que poderia ser realizado segundo suas reais capacidades. Assim, surgiram os consórcios de saúde, uma espécie de parceria estabelecida entre os municípios e o SUS para apoiar a gestão descentralizada, considerando-se os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

No estado do Mato Grosso, os treze consórcios existentes objetivam levar a saúde até a população interiorana, oferecendo aos seus habitantes assistência médica especializada e buscando a maximização dos recursos financeiros. Os bons resultados alcançados, como no caso do Coress, atribuem a tais consórcios credibilidade na parceira com o SUS e na descentralização na saúde. Em 2006, quando vigia o Pacto pela Saúde, a adesão dos municípios consorciados possibilitou a redefinição de responsabilidades com vistas ao alcance de maior equidade de acesso. Esse Pacto, enquanto instrumento de gestão, no qual metas são acordadas entre os gestores, inclusive nos aspectos financeiros, é uma ferramenta com potencialidades para efetivar a cooperação regional firmada pelos municípios nos consórcios em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CONSORCIO REGIONAL DE SAUDE SUL DE MATO GROSSO (Coress/MT). **Relatório de gestão administrativa**. Rondonópolis: CORESS, 2006.

FÓRUM NACIONAL DE SECRETÁRIOS DO PLANEJAMENTO, XXIII, 11 ago. 2005, Cuiabá. **A Lei de Consórcios Públicos**. Lei 11.107, de 6 de abril de 2005.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. **Regionalização da Saúde em Mato Grosso:** Em busca da integralidade da atenção. Cuiabá SES, 2002, 336 p ilustradas.

GRAVELETTO. **Histórico do consórcio**. Gravataí, 1988. Disponível em: <http://www.grave letto.com.br/histor.htm>. Acesso em: 07 ago. 2005.

GUIMARÃES, Luísa. **O consórcio e a gestão descentralizada**. Brasília: [s.n], 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Informações populacionais**. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.com.br>. Acesso em: 01 ago. 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1999.

LIMA, Ana Paula Gil de. **Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, São Paulo, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador-BA: Casa da Qualidade, 2001. Tomo II.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing. **Políticas de Saúde no Brasil:** a descentralização e seus atores. Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: UNB, 1995. Etapa Nacional em Brasília, de 09 a 14 de agosto de 1992.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO (SES/MT). Departamento financeiro. **Recursos financeiros do Consórcio**. 2000. Disponível em: <http://www.sesmt.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2005.

SEMINÁRIO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA REGIÃO SUL DE MATO GROSSO, I, 2000, **Rondonópolis.** :Diagnostico de Saúde da Região Sul de Mato Grosso, Escritório Regional de Saúde, 2000. 2ª pag.

ESTRATÉGIAS LOCORREGIONAIS DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO POVO BORORO NA TERRA INDÍGENA MERURE

Viviane Francischini Fagundes[8]
Maria Clara Vieira Weiss[9]

1 Introdução

A abertura democrática (BRASIL, 2007) no sistema político brasileiro, na década de 80, desencadeou acontecimentos importantes no país, como as Diretas já, em 1984, e a Reforma Sanitária, que incidiu sobre espaços fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado em 1988 pela Constituição Federal (BRASIL, 2005). A saúde passou, então, a ser reconhecida como um direito do cidadão, devendo ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como ser organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população (MENDES, 1996).

O artigo 196 da referida Carta Magna estabelece de forma clara e concisa que o Estado Nacional tem o dever de garantir a redução do risco de doenças e o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, promovendo a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros.

A Lei 8.080 da mencionada Constituição institui o SUS e trata da sua organização, direção e gestão; da definição de competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de Assistência à Saúde; da política de recursos humanos e financeiros e da gestão, do planejamento e do orçamento econômico do citado órgão (BRASIL, 2007, p. 36).

Na garantia dos direitos de cidadania aos povos indígena, essa Lei é complementada pela Lei 9.836 (Lei "Arouca", como ficou conhecida), de 23 de setem-

8 Enfermeira, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, egressa da Turma IV do Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

9 Nutricionista, pós-doutora em Administração, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

bro de 1999, que dispõe sobre "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Saúde Indígena. O artigo 19, parágrafo 2º, determina que "O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações."

O Subsistema de Saúde Indígena está estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todo o Território Nacional, os quais representam Unidades Organizacionais da Fundação Nacional de Saúde e devem ser entendidos

> [...] como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do SUS, para referência e contrarreferência, compostos por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde. (BRASIL, 1999).

Neste estudo, partindo dos fluxos realizados na organização dos serviços de atenção à saúde dos Bororo no Polo Base Rondonópolis (VARGAS et al, 2010), analisamos a articulação das estratégias locorregionais na atenção básica, de média e alta complexidade no Polo-Base Merure, considerando a adequação aos princípios constitucionais do SUS.

2 Referencial teórico

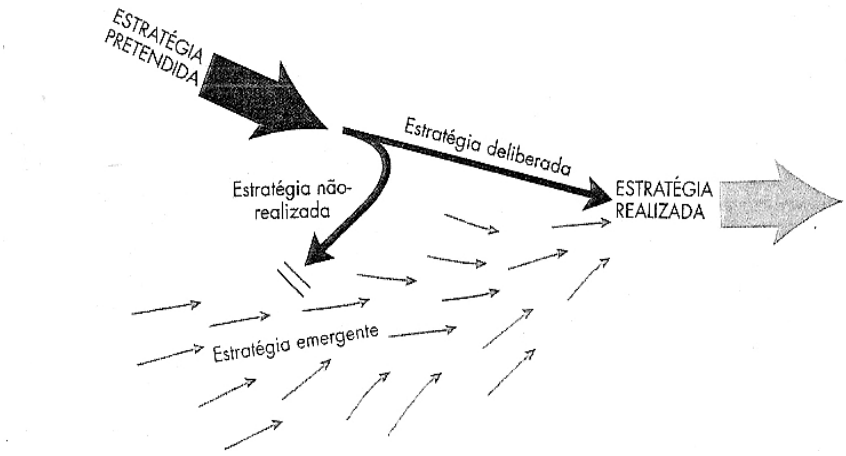
Apesar das críticas, no campo dos estudos das políticas públicas tem predominado a dicotomia entre formulação e implementação (WILDAVSKY, 1974). Como alternativa a esta dicotomia, Mintzberg (1995) propõe que se adote a definição de **estratégia como pauta de ação**, considerando que a estratégia é, em geral, definida como plano, propõe chamá-la estratégia *intencional*. Além de outra, se a estratégia é norma de ação, como coerência no comportamento através do tempo, pode ser denominada como estratégia *executada*. Assim, "[...] um sistema tem estratégia quando se comporta com coerência, *seja intencional ou não* […]"

Nessa acepção, "[...] **a estratégia se converte no que a organização faz, não no que diz ou afirma que espera fazer**, a estratégia é coerência de comportamento, sem importar o grau de intenção." [grifo nosso]. Se a estratégia intencional for realmente executada, poderá ser denomina estratégia *deliberada*; mas, se não for intencional (ou planejada), será nomeada estratégia *emergente*. Portanto, as es-

tratégias podem *formar-se* sem que necessariamente sejam *formuladas*.

A estratégia deliberada corresponde exatamente ao modelo tradicional, enquanto a emergente é diferente dos modelos políticos e de incremento, assim como dos tradicionais. Na opinião de Mintzberg (1995), essa diferença é dificilmente desconhecida para os formuladores experimentados de políticas, exceto na sua denominação. O jogo recíproco entre esses dois tipos de estratégia torna realmente interessante as possibilidades de superação da dicotomia entre formulação e implementação das políticas públicas, adotando-se o referencial de que as políticas são *formadas* ao longo de interação com atores sociais, numa multiplicidade de relações entre trabalhadores de saúde, entre organizações e entre setores, construída no cotidiano e com o propósito de atender as necessidades imediatas usuários e de grupos populacionais (VARGAS et al, 2010, p. 1400).

Figura 1 - Estratégias deliberadas e emergentes



Fonte: MINTZBERG, 2006.

Como exemplo de alguns estudos realizados no Brasil e que adotam essa referência, podemos mencionar, entre outros: a pesquisa de Roberto Fachin (1976), sobre o papel do Conselho Estadual de Educação na formação da política educacional do Rio Grande do Sul; a investigação conduzida por Maria Ceci Misoczky (2002), a respeito da produção da política nacional de saúde após o ano de 1988; a tese de doutorado de Jackeline Amantino-de-Andrade (2004), acerca da formação da política nacional de erradicação do trabalho infantil; e o estudo de casos múltiplos sobre articulação na atenção à saúde coordenado por Maria Ceci Misoczky (2005) e que deu origem a este trabalho.

3 Metodologia

O objetivo deste trabalho foi analisar as estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde, considerando tanto a adequação às normas existentes (estratégia deliberada), quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) realizados nos contextos estudados.

No estado do Mato Grosso, investigações referentes ao Polo-Base Rondonópolis, do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá/MT, indicaram a existência de mais um polo-base, destinado a prestar atenção à saúde dos índios Bororo da Aldeia Merure (VARGAS et al, 2010), objeto deste estudo, e sendo representado regionalmente pela Casa de Saúde do Índio (CASAI) de Barra do Garças/MT e pelos serviços municipais de saúde, bem como pelas unidades de atendimento em aldeias e no município de General Carneiro/MT, onde se localiza a Terra Indígena Merure.

A estratégia de pesquisa adotada foi o estudo de caso (YIN, 2002). Para a coleta de dados, empregou-se a técnica da triangulação, constante de análise documental, observação e entrevistas semiestruturadas. Após a contextualização do objeto de estudo, partiu-se para a identificação dos fluxos planejados com vistas ao acesso do povo Bororo aos diferentes níveis de atenção à saúde, através da análise do Plano Distrital de Cuiabá 2008-2010 e do Plano Distrital do Xavante 2008-2010 (MATO GROSSO, 2007).

A análise da documentação foi iniciada na CASAI Barra do Garças, tendo-se encontrado registros ambulatoriais catalogados no período de junho de 2008 a fevereiro de 2009. A partir desses documentos, utilizou-se o Formulário de Registros de Documentos de Referência para o levantamento de dados secundários, referentes aos indicadores demográficos (sexo e idade), aldeia de residência, dia do atendimento, procedimento realizado, nome do serviço prestado e o município de referência. Dessa forma, puderam ser identificadas as aldeias atendidas e as unidades de saúde de referência para essa etnia.

Após a identificação dessas unidades, procedeu-se à observação direta não participante dos serviços de saúde municipais de Barra do Garças e General Carneiro, nos diferentes níveis de atenção, bem como na central de marcação de consultas especializadas, a fim se apreender o modo pelo qual se dava esse fluxo. Após a observação dessa dinâmica em tais ambientes, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e com usuários em atendimento.

As entrevistas basearam-se num roteiro voltado para a caracterização de cada processo. Foram entrevistados trabalhadores, gestores e líderes locais, com a finalidade de compreender suas experiências e satisfação no Sistema Único de Saúde; os usuários indígenas em tratamento não foram entrevistados devido a dificuldades para o estabelecimento de comunicação oral. No total, foram treze pes-

soas entrevistadas, das quais dois gestores municipais, um conselheiro de saúde, um gestor do DSEI e nove profissionais dos mais diversos centros de atuação: o setor de saúde do DSEI Xavante, a Casa de Saúde do Índio de Barra do Garças, o Hospital Municipal de Barra do Garças "Drª. Kleide Coelho Lima", a área da saúde do município de General Carneiro e a Por extenso (EMSI) da aldeia Merure.

Para a descrição e sistematização dos dados levantados sobre os fluxos de acesso aos níveis da atenção à saúde, foram utilizados os conceitos de estratégias deliberadas e emergentes de Mintzberg (1995), a partir dos quais foram criadas as seguintes categorias operacionais:

- **Fluxo planejado: fluxo definido no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI** - 2008/2010) do DSEI Cuiabá/MT, para acesso dos Bororo de Merure aos níveis de atenção.
- **Fluxo formal: fluxo estabelecido pelos profissionais de saúde e por organizações autorizadas**, tendo sido as informações levantadas junto aos profissionais das unidades com representatividade para o encaminhamento dos Bororo aos serviços de saúde - CASAI Barra do Garças e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena; bem como nos documentos de registro de atendimento dessas unidades.
- **Fluxo por conta do usuário Bororo:** fluxo realizado pelos usuários na busca por serviços de saúde, independentemente dos fluxos formais indicados pelos serviços; para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com usuários e profissionais de saúde dos serviços municipais e a análise dos registros de atendimentos municipais.

A propósito da análise dos dados, esta se deu mediante a descrição dos fluxos planejados apresentados durante o trabalho de busca documental. A última etapa foi a comparação entre os tipos de fluxos procedendo-se à avaliação da adequação com base nos princípios do SUS, sejam eles doutrinários (universalidade, integralidade, equidade) ou operacionais (descentralização e hierarquização das ações).

Para esta pesquisa foram cumpridos os procedimentos exigidos nos termos das portarias nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, aprovados pelo Comitê de Ética do Hospital Júlio Müller (243/CEP/HUJM/06) e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (protocolo nº 13.204).

4 Resultados e discussão

No âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, devem ser garantidas a organização das ações de saúde de nível primário às populações de sua territorialidade e a complementaridade dos Estados e municípios nos níveis mais complexos de atenção à saúde. A organização hierarquizada dos serviços dos DSEI deve ser composta por cinco estabelecimentos de saúde diferenciados em termos de infraestrutura e quadro de profissionais, com vistas a se garantir a atenção básica nas aldeias e os encaminhamentos para os níveis de média e alta complexidade na rede do SUS, nos municípios de referência: Unidade de Apoio aos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento - AIS e AISAN; Posto de Saúde Indígena; Sede de Polo-base Indígena Tipo I e Tipo II; Casa de Saúde do Índio – CASAI; e Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI (BRASIL, 2007a).

A Unidade de Apoio aos AIS e AISAN é um estabelecimento de saúde, localizado em Terras Indígenas, com estrutura física simplificada para apoio às atividades desenvolvidas pelos AIS, com supervisão da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e pelos AISAN, com supervisão do técnico de saneamento. Essa Unidade objetiva atender aldeias que não apresentem demanda para implantação de estabelecimento de maior porte. O Posto de Saúde Indígena é um estabelecimento de saúde para prestação de atenção básica por meio da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), bem como para servir de referência aos AIS e AISAN das Unidades de Apoio, pode estar localizado em zonas rurais ou em Terras Indígenas (BRASIL, 2007a).

A Sede de Polo-base Tipo I desenvolve atividades técnico-administrativas, de saneamento e de atenção básica à saúde, pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios, em zonas rurais e em terra indígena. A Sede de Polo-base Tipo II desenvolve atividades técnico-administrativas e de saneamento, pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios (BRASIL, 2007a).

A Casa de Saúde do Índio – CASAI é um estabelecimento de saúde, localizado em sede de município estratégico, que presta atenção à saúde do índio em decorrência do apoio aos pacientes referenciados pelo DSEI para atendimento de média e alta complexidade na rede SUS. A Casai também dispõe de acomodações para os acompanhantes e de assistência de enfermagem. A Sede do DSEI é um estabelecimento que coordena as ações de atenção à saúde do índio, mediante organização de uma rede de serviços no seu território de abrangência, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007a).

O Plano Distrital de Saúde Indígena é um instrumento utilizado pelo DSEI na gestão dos serviços de saúde, devendo ser elaborado por todos os en-

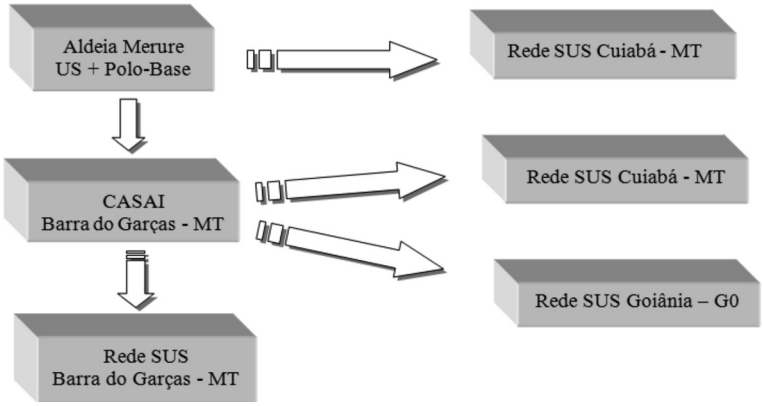
volvidos no processo de saúde dos povos indígenas localizados em sua área de abrangência, inclusive por representantes dos usuários, aos quais é aberta a possibilidade de participação social. Nesse instrumento foram encontrados os fluxos de referência e contrarreferência que correspondem, na tipologia constituída para esta pesquisa, aos fluxos planejados, representando as estratégias deliberadas a fim de se garantir a atenção à saúde em todos os níveis.

No Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Cuiabá, os usuários da Terra Indígena Merure devem ser referenciados para a CASAI Barra do Garças, localizada em Aragarças, no estado de Goiás, e pertencente ao DSEI Xavante. Assim, os Bororo das aldeias situadas no município de General Carneiro não são atendidos na CASAI Rondonópolis, como ocorre com os demais usuários indígenas dessa etnia, mas, sim, na CASAI Barra do Garças (VARGAS et al, 2010). Entretanto, o Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante para o ano 2008 revelou não haver um fluxo planejado especificamente para a população Bororo da Terra Indígena Merure.

No Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante o fluxo planejado estabelece que o primeiro atendimento seja dispensado às unidades e equipes de saúde (EMSI) localizadas nas aldeias, instituindo que as demais referências, de média e alta complexidade, na rede SUS, sirvam apenas aos Xavante.

Entretanto, verificou-se a existência de um fluxo formal para os usuários Bororo da Terra Indígena Merure, tendo como ponto de partida a rede de atenção básica e os processos formais de agendamento estabelecidos pela gestão em saúde no estado de Mato Grosso. O usuário indígena referenciado da aldeia através da Unidade Básica segue para a CASAI Barra do Garças, de onde pode ser encaminhado para o Laboratório de Análises Clinicas, o Centro de Referência de Especialidades e o Hospital Municipal "Drª. Kleide Coelho Lima". Mas, pode dirigir-se para outras referências caso não haja resolutividade na rede SUS do município de Barra do Garças/MT. Nesse caso, as referências normalmente utilizadas são a rede SUS de Cuiabá/MT e a rede SUS de Goiânia/GO (Figura 2). Para Vargas et al (2010), esse fluxo é um exemplo do exercício do princípio da integralidade quando reflete a existência de uma rede local de assistência baseada na experiência dos profissionais de saúde e na satisfação dos usuários.

Figura 2 – Fluxo formal (segundo os profissionais de saúde) para os usuários da Terra Indígena Merure, Mato Grosso



Comparando-se o fluxo planejado no PDSI do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá e o fluxo formal encontrado no encaminhamento dos profissionais de saúde na área de abrangência do DSEI Xavante, nota-se que no planejado não há referência fora do Estado e, no segundo, além de encaminhar para referências secundárias e/ou terciárias em Cuiabá, capital de Mato Grosso, o encaminhamento também se dá para Goiânia, capital de Goiás.

A referência à Rede SUS de Goiânia ainda não está normatizada pela Política Nacional de Regulação, entretanto as diretrizes operacionais instituídas pelo pacto Saúde, publicado pela portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, vem contemplando áreas prioritárias do SUS e reafirmando princípios, consolidando processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI). Tais diretrizes visam possibilitar a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos Estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007, p. 291; 2010).

O fluxo real, realizado pelo próprio usuário, não foi encontrado no Polo-Base Merure nem no Polo-Base Rondonópolis do DSEI Cuiabá/MT, comprovando que os Bororo procuram os serviços de saúde apenas com o encaminhamento dos profissionais de saúde (VARGAS et al, 2010), reforçando a importância da adequação do atendimento a essa etnia e suas particularidades culturais.

A importância da ênfase na atenção básica é reconhecida pelos atores envolvidos com a saúde indígena, o que coaduna com a proposta do novo modelo de se fazer saúde, orientado pela Reforma Sanitária Brasileira e institucionalizado

com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal (BRASIL, 2005). Nessa perspectiva, não basta somente entender que saúde é a ausência de doença, compreendendo-se, também, que a saúde ultrapassa o limite do individual e está relacionada ao contexto social, epidemiológico e cultural. Por outro lado, a média e alta complexidade ainda possuem um grau de investimentos significativo, sugerindo a necessidade de reflexão acerca da organização dos serviços de atenção básica para os Bororo conforme as normatizações (BRASIL, 1999; 1999a; 2002a; 2004; 2007a; 2007b).

Considerando-se a experiência dos atores envolvidos com a saúde indígena, percebe-se que o sistema de regulação é lento, havendo, por exemplo, demora na realização e na entrega dos resultados dos exames. Outro problema relatado é a falta de pessoas qualificadas para o reconhecimento das especificidades étnicas e o fato de o encaminhamento para determinado serviço ser feito pelo médico da CASAI Barra do Garças/MT e o agendamento ser realizado na central municipal e regional de regulação. O tempo de espera para a consulta ou procedimento é de três a quinze dias, e as vagas são determinadas pelo serviço local, aumentando a vulnerabilidade e comprometendo a resolutividade dos problemas de saúde.

Apesar da fragilidade da rede de saúde do município de Barra do Garças, no que diz respeito à média e à alta complexidade, os usuários provenientes da Terra Indígena Merure e mesmo os munícipes de General Carneiro têm buscado e recebido com frequência atendimento naquela localidade, reafirmando o acesso à atenção secundária fundamentado no princípio da universalidade do acesso.

A descentralização e a regionalização dos serviços de saúde têm sido reforçadas quando o usuário consegue resolver parte de seus problemas no município de Barra do Garças, porém a capacidade de execução desses serviços ainda se mostra inadequada no município de General Carneiro, pois não tem conseguido absorver os atendimentos de média complexidade, como consultas e exames especializados.

Como instrumento utilizado pelo DSEI para a gestão dos serviços e das ações em saúde, o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) deveria ser elaborado com a participação dos povos indígenas, profissionais de saúde e gestores através dos Conselhos Locais e Distritais, bem como ser homologado pelas instâncias superiores da FUNASA para posterior execução. Contudo, o fluxo planejado pelo DSEI Cuiabá não corresponde ao planejado pelo DSEI Xavante, resultando em estratégias criativas (MINTZBERG, 1995) estabelecidas pelos profissionais de saúde no contexto local para o atendimento aos Bororo da Terra Indígena Merure.

A organização dos DSEI foi legalmente estabelecida visando à definição das diretrizes para a elaboração de projetos de saúde, o abastecimento de água, a geração de melhorias sanitárias e o esgotamento sanitário, assim como para o atendimento sistemático às necessidades assistenciais no nível da atenção básica em territórios indígenas e à complementariedade dos serviços de média e alta com-

plexidade no SUS. Mas, a responsabilidade pela atenção básica na Aldeia Merure atribuída ao DSEI Cuiabá e pela média e alta complexidade atribuída ao DSEI Xavante não proporciona a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde dos Bororo, nem a garantia do princípio da integralidade.

Um dos princípios doutrinários do SUS, a equidade, tem por objetivo maior a redução das desigualdades e está seriamente comprometido com a organização dos serviços de saúde ao povo Bororo, assim como a integralidade e o controle social. Para Mintzberg (1995), supervisionando o processo de emergência, cujos resultados podem, às vezes, se tornar deliberados ou não, os administradores devem supervisionar também o padrão de convergência e divergência e saber quando devem fomentar ou resistir à mudança. Administrar não significa conceber estratégias, mas reconhecer sua emergência e intervir no momento oportuno.

5 Considerações finais

O Plano Distrital do DSEI Xavante não contempla com especificidade o fluxo planejado para o atendimento aos Bororo, evidenciando a necessidade de articulação com o DSEI Cuiabá para a definição da rede hierarquizada das unidades de referência e contrarreferência, dos responsáveis técnicos e da articulação com a rede do SUS nos estados de Mato Grosso e Goiás.

Por outro lado, as estratégias locais criadas pelos profissionais a fim de garantir o acesso dos usuários Bororo da Terra Indígena Merure aos serviços de saúde demonstram que os processos formais de agendamento acompanham os protocolos estabelecidos pelas Centrais de Regulação para a atenção de média e alta complexidade. Isso aponta para a necessidade de maior articulação entre as gestões municipais e distritais de saúde, resguardando a equidade e a integralidade na atenção à saúde do povo Bororo e os direitos indígenas constitucionais. A inexistência de fluxos reais nos achados desta pesquisa reforça a importância das estratégias criadas pelos profissionais de saúde, uma vez que os Bororo não procuram os serviços de saúde por conta própria.

A identificação de estratégias emergentes revela a falta de participação dos atores na elaboração dos planos distritais, indicando a necessidade de maior atenção para o controle social e satisfação dos atores envolvidos no planejamento e na gestão da saúde indígena.

Neste trabalho investigativo identificou-se, ainda, a atuação dos profissionais de saúde voltadas para o tratamento da doença mediante ações especializadas e de alto custo, em detrimento da valorização dos conhecimentos populares e das práticas de saúde tradicionais. Isso requer capacitação e reorganização do modelo de atenção adotado, conforme o preconizado pela política nacional de atenção à

saúde dos povos indígenas. A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, para que este venha a ser um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Enfim, confirmou-se a enorme distância entre o que é declarado nos planos elaborados e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços e no fluxo dos usuários (VARGAS et al, 2010; CINTRA, 2009). Por outro lado, cabe aos administradores oportunizar a aprendizagem a partir das estratégias produzidas pelos profissionais e pelos usuários para a qualificação do processo de planejamento da atenção à saúde indígena.

Referências

AMANTINO-DE-ANDRADE, J. **Espaço público como uma rede de atores**: a formação da política de erradicação do trabalho infantil. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007. 291 p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Brasília:** Câmara dos Deputados, 2005.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria 840, de 15 de agosto de 2007a.** Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas. Disponível em <http://www.funasa.gov.br >Acesso em: 18 ago. 2011

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 018055, 20 set. 1990.

_____. Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, bem como institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 1, 24 set. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 070**, de 20 de

janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2007.

_____. _____. _____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2000. Aprova na forma do anexo desta Portaria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/02 -, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismo para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 52, 28 fev. 2002.

_____. _____. _____. **Portaria nº 1.163**, de 14 de setembro de 1999a. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2007.

_____. _____. _____. **Portaria 2.656**, de 17 de outubro de 2007b. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. _____. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002a. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 46-49, fev. 2002.

_____. _____. _____. Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, de 31/12/2010, Seção I, Página 89.

CINTRA, Elizângela Vicuña da Silva. **Fluxo de articulação entre os diferentes níveis de cuidado à Saúde dos Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2009.

FACHIN, R. C. **Sobre a formação de políticas educacionais e o papel do Conselho Estadual de Educação no Sistema Educacional do Rio Grande do Sul**. Tese (Livre-docência) - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1976.

MATO GROSSO. Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde. **Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI 2008-2010**. Cuiabá, 2007.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MINTZBERG, H. Patterns of strategy formation. **Management Science**, Canada, v. 24, n. 9, p. 934-978, 1978.

_____; JØRGENSEN, J. Una estrategia emergente para la política pública. **Gestión y Política Pública**, México, v. IV, n. 1, p. 25-46, 1º sem. 1995.

_____; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S. O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados. 4.ed. Porto Alegre: Bookman; 2006

MISOCZKY, M. C. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1998:** uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002.

_____. **Projeto de pesquisa "Avaliação das estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde através de um estudo de múltiplos casos nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco"**. Porto Alegre: Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005. Financiamento do CNPq (2005-2007).

VARGAS, K. D. A.; MISOCZKY, M. C. A; WEISS, M. C. V.; COSTA, W. G. A. **A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Pólo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1399-1418, 2010

WILDAVSKY, A. **The politics of the budgetary process**. Boston: Little, Brown & Co., 1974.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2002.

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM ACORIZAL - MATO GROSSO, DE 1998 A 2004: UM PROCESSO DE FORTALECIMENTO DAS DECISÕES LOCAIS

Sandro Madaleno Corrêa Taques[10]
Maria José Vieira Silva[11]
Júlio Strubing Muller Neto[12]

1 Introdução

Neste trabalho, descreve-se o processo de municipalização da saúde e a organização da atenção básica no município de Acorizal/MT, a partir da sua habilitação para a Gestão Plena da Atenção Básica, pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/96 (BRASIL, 1996), buscando discutir as dificuldades, os limites e os avanços de um sistema de saúde descentralizado.

A década de 90 foi um período de grande transformação no setor de saúde, testemunhando-se a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário no qual centenas de gestores municipais e estaduais tornaram-se atores fundamentais nesse processo (NORONHA, 2004).

É importante ressaltar que a IX Conferência Nacional, realizada em 1992, teve uma grande importância, pois colocou em evidência um protagonista verdadeiramente novo da política de saúde do país: o movimento municipalista da saúde (GOULART, 1996).

Assim, na década de 90, a União transferiu para os Estados e municípios e os Estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e instalações físicas. Esse esforço de devolução intergovernamental disseminou pelo país afora a criação de milhares de secretarias municipais de saúde, que colocaram na arena

10 Biólogo, servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Acorizal - Mato Grosso (MT), egresso da I Turma do Curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

11 Enfermeira, especialista em Saúde Pública, pesquisadora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

12 Médico sanitarista e psiquiatra, doutor em Saúde Pública, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

sanitária novos atores sociais, possuidores de poder político e de capacidade técnica para alavancar o Sistema Único de Saúde (MENDES, 1998a).

Mendes (1998a) esclarece que, embutido em um conjunto mais amplo de reformas econômicas, a descentralização surgiu como alternativa para a racionalização de um aparelho de Estado amplo, centralizado e onipresente. A partir dessa reflexão, o autor chama a atenção que a descentralização desloca o poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos, estando sempre referendada a um movimento centrífugo do poder, com aumento relativo do poder periférico, sendo determinada pelo contexto político e histórico.

Nessa perspectiva, Mendes (2001) ressalta que as fortalezas da descentralização da saúde apresentam maior eficiência na aplicação dos recursos, capacidade de inovação e adaptação às condições locais, transparência, responsabilidade e legitimidade, derivadas da participação da população no processo de tomada de decisão e nas melhorias nas atividades intersetoriais.

Para Müller Neto (1991), a descentralização da saúde significa a possibilidade de ampliação de direitos, de maior autonomia na gestão municipal, de participação cotidiana dos cidadãos na gestão da política pública e de mecanismos adequados para uso e redistribuição mais eficiente dos escassos recursos públicos da área da saúde.

Vale ressaltar que, para Mendes (2001, p. 24), a descentralização também apresenta debilidades, tais como:

> Enfraquecimento das estruturas locais, dificuldade de coordenação, incremento dos custos de transação, aumento das desigualdades, ineficiência por perda de escala e de escopo, fragmentação dos serviços, escassez de recursos gerenciais, clientelismo local, aumento do emprego estatal e desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Porém, salienta-se que a municipalização tem sido um importante movimento para a descentralização dos serviços de saúde, seja como reforma do aparelho do Estado, seja como espaço de criação de cidadania, sendo inegáveis os resultados positivos no SUS (MENDES, 1998a).

Nesse sentido, Müller Neto (1995) avalia que a efetiva municipalização da saúde depende da capacidade das secretarias de saúde em garantir condições de governabilidade do setor no seu território.

Para Jovchelovitch (1993), a municipalização se apoia em quatro princípios fundamentais: descentralização, fortalecimento administrativo, participação comunitária e enfoque integrador da administração local. Em função disso, o autor ressalta que a municipalização da saúde foi, é e será o grande caminho para a solução dos problemas de saúde, pois o cidadão vive no município.

Contudo, a implantação do SUS nos municípios requer compromisso e a vontade política dos dirigentes municipais, a participação dos profissionais e trabalhadores da saúde e da população. O processo de mudança exige um bom planejamento e uma equipe motivada e capacitada para dar conta das transformações das práticas sanitárias, da construção de um novo modelo assistencial e gerencial e da institucionalização do SUS no município (MÜLLER NETO, 1995b).

A dinâmica da implantação do SUS tem sido orientada por instrumentos normativos denominados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais, definindo as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema (BRASIL, 2003b).

O processo de elaboração e implementação das Normas Operacionais foi marcado por intensos debates e negociações, envolvendo os três níveis de governo e o Conselho Nacional de Saúde. Pode-se dizer que tais normas refletem o acordo dos atores, em um dado momento, na formulação das políticas nacionais de saúde referentes à descentralização. De caráter transitório, as Normas Operacionais foram sendo complementadas, detalhadas ou alteradas por outras portarias federais e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si (BRASIL, 2003b).

A NOB 96 promoveu um grande avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências dos estados e municípios. Ainda, estimulou a reorganização do modelo de atenção, adotando como estratégia principal o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; implantou a transferência fundo a fundo de forma regular e automática de recursos financeiros aos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, com base *per capita*, criando o Piso da Atenção Básica (BRASIL, 2003b).

Essa Norma Operacional teve uma adesão muito grande por parte dos municípios, tanto que em 2001, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde divulgou que mais de 99% dos municípios brasileiros encontravam-se habilitados a uma das condições de gestão previstas, dos quais 89% em Gestão Plena de Atenção Básica e 10,14%, em Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2003b). A maior parte dessas habilitações ocorreram em 1998, no primeiro ano de implementação da NOB 01/96, como ocorreu com o município de Acorizal.

Em 1994, primeiro ano de vigência da Norma Operacional Básica 01/93, a saúde no estado de Mato Grosso se caracterizava por forte descentralização da gerência e da gestão municipal, com frágil participação estadual nas funções de coordenação do SUS (GUIMARÃES, 2002a).

A Política Estadual de Saúde, a partir de 1995, contemplava a supera-

ção de diversos problemas, tais como as práticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos, além da inexistência de programas de apoio e cooperação técnica aos municípios, com vistas à construção de novos modelos assistenciais. Esses problemas apresentavam-se como limitações no processo de descentralização e municipalização da saúde em Mato Grosso (GONZAGA, 2001).

Para Gonzaga (2001), outro problema identificado e de grande importância nesse processo era o funcionamento dos polos regionais de saúde, cuja atribuição, por falta de uma condução objetiva da política estadual de saúde, reduzia-se a entrepostos para a distribuição de vacinas e medicamentos, revelando um completo distanciamento do seu papel de gerenciador dos espaços regionais.

O autor pondera que a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) estabeleceu estratégias de ação para superar as dificuldades identificadas no processo de descentralização. Numa linha de ação diretamente orientada para o espaço municipal e regional, o órgão viabilizou apoio técnico para a organização das ações e serviços e o resgate e fortalecimento do papel do gestor municipal, enquanto ator sanitário responsável pela saúde dos seus munícipes e parceiro imprescindível na implementação da política estadual.

Em função disso, através do processo de habilitação proposto pela NOB 01/96 e mediante cursos de capacitação para gestores municipais, consolidou-se a habilitação dos 126 municípios junto à Comissão Intergestores Bipartite, constituindo um dos seis Estados do país a atingir a habilitação para 100% dos seus municípios.

Concomitantemente ao resgate do papel do gestor municipal, Gonzaga (2001) resalta que foram estabelecidos mecanismos de cooperação técnica para a reformulação e implantação dos Conselhos Municipais de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, bem como na elaboração dos planos municipais de saúde. Além disso, procedeu-se ao repasse de recursos financeiros aos municípios, através da descentralização da programação da assistência, e a implantação dos Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família se constituiu em um marco referencial como uma das estratégias de inversão do modelo de atenção.

Nesse percurso, um dos aspectos igualmente marcantes e francamente atingidos como meta foi o processo de capacitação de profissionais nas áreas estratégicas, que visavam atingir os problemas de ordem epidemiológica (hanseníase, tuberculose, dengue etc.), além dos cursos de formação (cursos técnicos e de pós-graduação). Foram, ainda, estabelecidas estratégias de resgate e consolidação das instâncias regionalizadas.

Dessa forma, este estudo mostra os avanços conquistados e as dificuldades existentes advindas da municipalização do SUS em Acorizal/MT, que contribuiu para a sua implementação.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do qual constam levantamento bibliográfico e pesquisa documental, caracterizada por Tobar (2001) como sendo aquela que se realiza com base em documentos arquivados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza ou com pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balanços etc.

Como foco da investigação foram definidas as responsabilidades da Gestão da Atenção Básica, determinadas pela NOB/96, e realizado um estudo comparativo com o Manual de Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1998b). Como orientação para a análise, foram criadas três categorias:

1. Política e Planejamento Municipal de Saúde;
2. Infraestrutura, financiamento e capacidade institucional do Sistema Municipal de Saúde;
3. Coordenação e operacionalização do Sistema Municipal de Saúde, com foco na Atenção Básica.

O período estudado compreendeu do ano de 1998, quando o município foi habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica, até o ano de 2004.

Inicialmente foi feito um levantamento bibliográfico a respeito do processo de descentralização e municipalização ocorrido no Brasil e em Mato Grosso na década de 90, ao que se seguiu a coleta dos dados nos documentos do município existentes na prefeitura, na Câmara de Vereadores, na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Dentre os principais documentos que serviram de base para esta pesquisa destacam-se as leis municipais referentes à área da saúde, os Planos Municipais de Saúde, o lotacionograma da Secretaria de Saúde, as folhas de pagamento, o livro ata do Conselho Municipal de Saúde, os relatórios de gestão, os relatórios das conferências de saúde e dados dos Sistemas de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

3 Resultados e discussão

O município de Acorizal foi criado em 1953, possui uma extensão territorial de 841 km^2 e limita-se ao norte com o município de Jangada, ao sul com Cuiabá e Várzea Grande, ao leste com Chapada dos Guimarães e a oeste com Rosário Oeste. A população urbana é de 2.773 e a rural é de 3.044 habitantes, perfazendo um total de 5.817 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000). As principais atividades econômicas

desenvolvidas na localidade são a agricultura de subsistência, a pecuária de corte e leiteira e o comércio local. A renda média por família é de 1,2 salários mínimos (MATO GROSSO, 2003a).

3.1 Política e planejamento municipal de saúde em Acorizal

A Lei Orgânica do Município, elaborada em 1997, aborda no capítulo da "Previdência e Assistência Social" a área da saúde sem muita particularidade.

Comparando-a com o Código Estadual de Saúde (MATO GROSSO, 1992), verificam-se três aspectos em comum e de grande importância para o município: a participação do setor privado no SUS em caráter complementar, o controle social através do Conselho Municipal de Saúde e o financiamento do Sistema Único de Saúde com recursos da União, do estado e do município.

A Lei Orgânica define que todo recurso destinado às ações da saúde do município deve ser operacionalizado pelo Fundo Municipal de Saúde, delegando ao prefeito autoridade para convocar, a cada dois anos, a Conferência Municipal de Saúde. Porém, entra em contradição quando defende a cobrança por parte de todos os usuário para o uso dos serviços de saúde, mantidos, obrigatoriamente pelo poder público, direito e dever esse assegurado na Constituição Federal de 1988.

No período estudado, a Secretaria de Saúde de Acorizal elaborou dois Planos de Saúde, referentes ao quadriênio 1997-2000 e 2001-2004 (ACORIZAL, 1997c, 2001a). O Plano de Saúde 1997-2000 foi produzido de forma democrática e participativa, definindo como prioridades a melhoria da infraestrutura e equipamentos, a contratação e o treinamento de recursos humanos, o aumento do financiamento da saúde e a implantação do Programa de Saúde da Família e da Vigilância Sanitária (ACORIZAL, 1997c).

O Plano 2001-2004 foi organizado pela secretária de saúde e um assistente administrativo, definindo-se como prioridades as ações dos programas do Ministério da Saúde e a repetição do plano anterior em relação ao aumento de financiamento, treinamento de recursos humanos e aquisição de equipamentos (ACORIZAL, 2001a).

Os Planos Municipais de Saúde foram usados como instrumentos de planejamento, mas não há registro de indicadores e instrumentos utilizados para o seu acompanhamento e avaliação.

Os Relatórios de Gestão localizados e analisados foram os de 2003 e 2004, elaborados de forma coletiva, com a participação de uma equipe de colaboradores - contador, conselheiros de saúde, digitador, enfermeira e o secretário de saúde. Esses documentos constam da identificação da Secretaria de Saúde, do prefeito e do secretário; a caracterização do município (fundação, aspectos geográficos, aspectos populacionais, aspectos socioeconômicos e aspectos ambientais, infraestrutura dos

serviços públicos); informações técnicas, como tipo de gestão, modelo de atenção, organograma, normatizações, instrumentos de gestão, sistemas de informação em saúde, recursos físicos instalados, serviços de apoio, diagnose e terapia, serviços de referência e contrarreferência, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, indicadores da situação de saúde da atenção básica, recursos humanos, recursos financeiros, recursos orçamentários e legislação aplicada.

Vale ressaltar que também foram incorporados aos relatórios de gestão os dados dos indicadores da atenção básica.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado em 1993, mas começou a funcionar somente em 1996, quando foi definida a composição de forma paritária e a elaboração do regimento interno. A organização está incluída no organograma formal da Secretaria Municipal de Saúde, porém não possui estrutura administrativa e orçamento próprio. O CMS se reúne uma vez por mês em uma sala fechada para o acesso público, e a pauta é por comum apresentada aos participantes no momento da reunião, inclusive a referente à prestação de contas. Os temas são discutidos e, quando há necessidade de aprovação, a plenária responde no mesmo dia, não se manifestando através de resoluções, recomendações ou moções; apenas são elaboradas as atas das reuniões.

O município não dispõe de Ouvidoria de Saúde e não se nota articulação do Conselho com o Legislativo Municipal.

As Conferências Municipais de Saúde ocorreram nos anos 2000 e 2003, sendo um espaço de participação social relativamente novo no município.

3.2 Infraestrutura, financiamento e capacidade institucional do sistema municipal de saúde de Acorizal

A Secretaria de Saúde foi criada em 1991 por uma lei municipal, tendo sofrido alterações em 1997 e em 2001, quando foi desmembrada da área de ação social e tornou-se a Secretaria Municipal de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 1992 e começou a operacionalizar somente em 1998, passando a receber os recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado e, também, da área da saúde do próprio município. Conforme demonstrado mais adiante, no Quadro 1, houve um aumento de 153,7% na transferência de recursos financeiros da União para o município, entre os anos de 2000 e 2004.

A partir de 2001, através do Decreto nº 2.312/2000, os incentivos estaduais começaram a ser repassados, por meio do Sistema de Transferência voluntária do Fundo Estadual para o Fundo Municipal de Saúde, registrando-se um crescimento de 34,7%, de 2002, quando o município começou a receber os recursos financeiros, para 2004, índice esse representativo de um importante aporte de recursos para o município.

Quadro 1- Demonstrativo da execução orçamentária da saúde no município de Acorizal, entre 2000 e 2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Receita total vinculável do município	1.692.433,59	1.763.283,73	2.102.292,23	2.283.969,06	2.346.584,30
Transferência da União	86.077,86	172.528,44	213.321,69	225.866,20	218.385,80
Transferência do Estado	0,00	0,00	45.760,80	54.699,30	61.660,80
Despesa total com saúde	407.723,38	466.347,68	496.090,01	620.815,65	671.876,35
Despesas com recursos próprios em saúde (R$)	300.996,72	288.427,51	279.168,32	380.176,22	453.490,55

Fonte: Brasil. Datasus/Siops, 2006

O município vem aumentando o percentual de aplicação de recursos próprios, de acordo com o descrito na Tabela 1, com percentuais superiores em relação ao mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional n. 29/00, com exceção em 2002.

O aumento da aplicação de recurso coincidiu com a implantação da primeira equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo o município contratado dez agentes comunitários de saúde do PSF e um agente comunitário de saúde para o Programa de Agente Comunitário de Assentamento Rural (PASCAR), além de investimentos para a aquisição de materiais, equipamentos e adequações de estruturas físicas em consonância com os critérios de implantação do PSF.

Tabela 1 – Histórico do percentual mínimo e aplicado pelo município de acordo com a EC 29 - 2000 a 2004

EC29/00	2000	2001	2002	2003	2004
% mínimo estabelecido	7 %	15,00 %	15,00 %	15,00 %	15,00%
% aplicado pelo município	17,78 %	16,36 %	13,28 %	16,65 %	20,78 %

Fonte: Brasil. Datasus/Siops, 2006.

Em 2002, com a incorporação de novos serviços de saúde e a necessidade de contratação de profissionais, houve aumento da despesa com pessoal. Na mesma época, foi estruturada e organizada a farmácia básica, para armazenamento e distribuição de medicamentos no centro de saúde, e implantada a unidade descentralizada da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa.

Em relação à administração e desenvolvimento de Recursos Humanos, observa-se, no período estudado, a ocorrência de uma alteração significativa no número de servidores, que saltou de 24 para 50, correspondendo a um crescimento de 108,3% no quadro de trabalhadores; e na folha de pagamento, que aumentou em

157,4% e que, em 2004, representava 73,7% da despesa com os recursos próprios do município.

O Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) foi criado por lei para os servidores da Prefeitura Municipal de Acorizal, incluindo os funcionários da SMS. A Política de Capacitação dos servidores da saúde, na época investigada, foi executada de acordo com a programação estabelecida pela Escola de Saúde Pública/ SES/MT, dentro de suas formações técnicas e áreas de atuação.

Em relação à operacionalização dos Sistemas de Informação, constata-se que os principais da área da Saúde foram implantados em 1998, dentre os quais se destacam: o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutrição (SISVAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Cadastro do SUS (CADSUS), Sistema de Informação em Orçamento Público de Saúde (SIOPS), Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal (SISPRENATAL), Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB). Para a operacionalização desses sistemas, contou com sala específica, dotada de mobiliários, computadores, impressoras e materiais de consumo.

3.3 Coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde com foco na atenção básica

Em 1998, a secretaria de saúde de Acorizal gerenciava todas as Unidades de Saúde localizadas no município, com exceção dos Serviços de Endemias e Controle de Doenças, que eram executados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). À época, a rede de serviços de saúde era composta por um Centro de Saúde e três Postos de Saúde fixados na zona rural.

Em 2001, o Centro de Saúde foi transformado em Unidade de Saúde da Família do PSF, e esses três Postos de Saúde foram incluídos como unidades agregadas à equipe de saúde da família. A ESF era composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares e onze Agentes Comunitários de Saúde, com cobertura de 77,57% da população.

A implantação da Equipe de Saúde Bucal do PSF ocorreu no ano de 2001, conforme registro da Ata n. 42 do Conselho Municipal de Saúde, sendo composta por dois odontólogos cedidos pelo Ministério da Saúde para a SMS, cada qual trabalhando uma vez por semana, e uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Não foi contratado profissional odontólogo para cumprir as exigências do programa, que previa uma jornada de trabalho semanal de 40h e a execução de

atividades preventivas e de educação em saúde, principalmente com crianças de cinco a catorze anos.

Em 2004, a rede de serviços do município compunha-se de uma unidade de Atenção Básica, um Laboratório de Análises Clínicas e uma Unidade de Reabilitação. O único serviço privado existente no município era um consultório odontológico.

A organização do Sistema Estadual de Referência e Contrarreferência para a Atenção à Saúde em Mato Grosso foi um dos projetos prioritários da SES/MT, tendo sido implementado gradativamente em todo o Estado obedecendo à lógica da regionalização do Sistema de Saúde. A SES/MT implantou a Central Estadual de Regulação em Cuiabá, estando prevista a implantação de uma Central Regional em cada região de saúde do território mato-grossense. A Central Regional de Regulação da Baixada Cuiabana, da qual o município de Acorizal faz parte, funciona no prédio do Escritório Regional de Saúde na capital.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) foi implantada em 1996 através de forte parceria estabelecida entre o Estado e as Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com a qual o município de Cuiabá é referência para assistência aos problemas de saúde de média e alta complexidade, inclusive assistência hospitalar básica, pois o município de Acorizal não dispõe de hospital, sendo o Pronto Socorro Municipal de Cuiabá a porta de entrada para os procedimentos de urgência e emergência.

Na estrutura da Secretaria Saúde de Acorizal não houve criação de departamento ou setor responsável pela regulação municipal. Havia muita demora na marcação de exames e consultas em todas as áreas, situação que melhorou nos últimos anos, principalmente após a implantação da Central Estadual de Regulação.

Em 1998, a SES propôs a assinatura de um Termo de Cooperação com as Prefeituras Municipais, visando à descentralização das ações e serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e de Saúde do Trabalhador, na perspectiva da Vigilância à Saúde, para viabilizar a habilitação dos municípios em condições de assumir a Gestão Plena de Atenção Básica, de acordo com a já referenciada NOB/96.

Nesse sentido, com a habilitação do município de Acorizal, a Vigilância Epidemiológica começou a ser realizada no Centro de Saúde, pela própria equipe de trabalho, serviço que, com a implantação do PSF, em 2001, passou a ser executado pela equipe de saúde da família de forma integrada com o sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), assumindo a responsabilidade de notificar e alimentar o sistema e acompanhar os casos até que fossem resolvidos.

Em 1999, a Vigilância Ambiental foi descentralizada da FUNASA para o município. O prédio da sede foi alugado pelo município e foram transferidos quatro servidores de carreira com mais um servidor do município, que formaram a Equipe de Trabalho das Endemias e Controle de Doenças. Para garantir a execu-

ção dos serviços, a SMS forneceu todo apoio logístico, como a manutenção e combustível para os veículos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), uniformes e materiais de consumo.

As ações básicas de Vigilância Sanitária foram implantadas no município de acordo com o Termo de Cooperação assinado entre a SES/MT e a SMS, tendo sido publicado pelo Decreto municipal n. 011 (ACORIZAL, 1998b), que definiu que as atribuições da referida vigilância básica na localidade seriam executadas por dois técnicos na função de agentes sanitários.

Ao final de 2004, as ações básicas do setor continuavam sendo realizadas com a equipe mínima de dois fiscais, sendo um servidor da SES/MT com formação técnica em Vigilância Sanitária e o outro, de carreira no município, com formação acadêmica em Biologia.

O município ainda não dispunha de um Código Sanitário, utilizando para o desenvolvimento dos trabalhos o Código de Posturas do Município e o Código Sanitário Estadual.

4 Considerações finais

No estudo sobre o processo de descentralização e municipalização da saúde ocorrido no país, mostrou-se fundamental para a ampliar os direitos do cidadão, garantir maior autonomia à gestão municipal, melhorar o controle e a participação popular na gestão da política do município e utilizar mecanismos mais eficientes para o uso e redistribuição dos recursos públicos da área da saúde, diminuindo as desigualdades entre os municípios brasileiros.

O processo de municipalização em Mato Grosso ocorreu a partir da NOB nº 01/93, com pouca participação do Estado, e somente a partir de 1995 contou com a participação efetiva do Governo de Estado, através do resgate e fortalecimento do papel do gestor municipal enquanto ator sanitário responsável pela saúde dos seus munícipes e parceiro na implementação da Política Estadual de Saúde. Dessa forma, o papel da SES/MT foi fundamental no processo da municipalização da saúde de Acorizal, seja através dos cursos de capacitação de gestores municipais, de apoio técnico, seja através do repasse de recursos financeiros.

Do ponto de vista da Política e Planejamento Municipal, constata-se que o município criou uma legislação própria, instituindo instrumentos de Planejamento e Gestão, como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão.

Quanto ao Controle e Participação Social, percebe-se que o município realizou duas conferências municipais de saúde: na primeira, ocorrida no ano 2000, não foi elaborado o relatório final com as deliberações do evento, o que veio a acontecer somente na segunda, realizada em 2003. O Conselho Municipal de Saúde avançou principalmente na sua constituição legal e incorporação à estrutura da

SMS, mas funcionava sem estrutura física, administrativa e orçamentária para o desenvolvimento de suas atividades, bem como apresentava um desempenho insuficiente no exercício de suas atribuições e no acompanhamento da execução da Política Municipal de Saúde.

O município não dispõe de Ouvidoria, de modo que o espaço de interlocução aberto para a população poder fazer suas denúncias, reclamações e sugestões e buscar seus direitos de acesso aos serviços de atenção à saúde dá-se através do gestor municipal da saúde. Quanto às questões relacionadas à gestão da saúde, não foi observado mecanismo de articulação entre o legislativo municipal e o executivo.

Diante da fragilidade encontrada no CMS, recomendam-se adequações deste à Resolução n. 333 (BRASIL, 2003a) e a criação da Ouvidoria do SUS Municipal, o que fortaleceria o controle e a participação social no município.

A infraestrutura e a capacidade institucional da SMS de Acorizal avançaram consideravelmente entre os anos de 1998 e 2004. O recurso próprio da saúde, o repassado pelo Governo de Estado e da União, é operacionalizado pelo Fundo Municipal de Saúde. O município vem expandindo o percentual de aplicação desses recursos com índices superiores ao mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000). Também, houve aumento na transferência de recursos financeiros da União e do Estado para o município, representando um importante aporte de recursos para a localidade, que, apesar dos avanços, não conta com uma estrutura administrativa suficiente para a gestão do SUS Municipal.

De 1998 para 2004, registrou-se um aumento significativo do quantitativo de Recursos Humanos e da folha de pagamento, porém não se notou a existência de uma política municipal de capacitação permanente dos seus servidores. Embora o município esteja situado próximo de Cuiabá, encontra dificuldades para fixar em seu meio o profissional médico.

A implantação da Central Regional e Estadual de Regulação melhorou o acesso e proporcionou maior agilidade nos agendamentos dos exames, consultas e internações, entretanto o município precisa estruturar o serviço de Regulação Municipal.

Verificou-se que o município vem cumprindo com as suas atribuições, coordenando e gerenciando suas unidades de saúde, inclusive as especializadas, como a unidade de reabilitação e o laboratório de análises clínicas. No entanto, o total de recursos da saúde se mostrou ainda insuficiente para a execução de todas as ações e serviços da Atenção Básica.

Referências

ACORIZAL. **Lei Orgânica do Município**. Acorizal: Câmara Municipal, 1997a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Fundo Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde:** 1997 a 2000. Acorizal: Secretaria Municipal de Saúde, 1997c.

_____. _____. _____. _____. **Plano Municipal de Saúde:** 2001 a 2004. Acorizal: Prefeitura Municipal, 2001a.

ACORIZAL. Conselho Municipal de Saúde. **Ata n. 50**, de 27 de maio de 2002. Discorre sobre a implantação do Centro de fisioterapia e a implementação do Internato Rural em convênio com a UFMT. Livro Ata, 2002. p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). As Origens e o processo de implantação do SUS. In: **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b. Parte II. p. 24-77.

BRASIL, Ministério da Saúde/Datasus. **Sistema de informação em orçamento público.** Disponível em http://siops.datasus.gov.br/ Acesso em 25/10/2005.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Municipalização:** veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996

GONZAGA, Amaury Ângelo. Regionalização, descentralização e novos modelos assistenciais. In: MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso:** 1995-1998. Cuiabá: SES/MT, 2001. 1ª seção--avaliação. Cap. 4. p. 43-8.

GUIMARÃES, Luiza. Política de saúde em Mato Grosso: dois mandatos para a construção da regionalização. In: MÜLLER NETO, Julio S. (Org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso:** em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES/MT, 2002a. Cap. II. p. 39-66.

JOVCHELOVITCH, Marlova. **Municipalização e Saúde**: possibilidades e limites. Porto Alegre: UFRGS, 1993.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Planejamento. **Estatísticas Municipais:** 2003. Cuiabá: SEPLAN, 2003a.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Org. Mendes, Eugênio Vilaça **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998a. Cap. 1. p. 17-55.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa de Qualidade, 2001. Tomo II. (Saúde Coletiva, 4).

MÜLLER NETO, Júlio. O Papel Estratégico do Dirigente Municipal de Saúde. In: SÓRIO, Rita Elisabeth da Rocha ; VILELA, Maria Teresa (Org.). **Planejando a saúde no Município:** proposta metodológica para capacitação. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/Núcleo de Saúde, 1995b. p. 99-107.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristina Vieira. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil:** contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 45-94.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

A MUNICIPALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MATUPÁ - MATO GROSSO

Meyre Aparecida Pereira de Assunção[13]
Lydia Maria Bocayuva Tavares[14]
Júlio Strubing Müller Neto[15]

1 Introdução

O Sistema de Saúde Brasileiro historicamente transitou por vários modelos, todos diretamente relacionados à conjuntura vigente e implantados com foco tanto nos interesses do Estado capitalista, quanto nas concessões aos trabalhadores nos momentos de maior força dos movimentos e na mobilização e organização da sociedade civil.

Com a aprovação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), chamada de constituição cidadã, garantiu-se o arcabouço legal para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no capítulo da Seguridade Social - Saúde, possibilitando a implantação de um sistema universal que cotidianamente buscou a sua concretização. O SUS é fruto de ampla mobilização, participação e organização da sociedade civil que, através do movimento pela reforma sanitária, lutou para efetivar o direito à saúde mediante acesso universal e igualitário aos serviços disponibilizados pelo órgão (MENDES, 1994).

Em 19 de setembro de 1990, entrou em vigor a Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL,1990), que define os objetivos, as atribuições, as diretrizes, os princípios, a organização, as competências das três esferas de governo e o financiamento do Sistema Único de Saúde. Dentre os princípios doutrinários do SUS, a descentralização se faz presente significando a redistribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nas três esferas de governo, com a finalidade de permitir que a decisão esteja mais perto do problema.

13 **Assistente Social, vinculada ao Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso** – Peixoto de Azevedo - Mato Grosso (MT), egresso da Turma I do Curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (CEGSSS).

14 **Médica, mestre em Saúde e Ambiente, vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e pesquisadora associada do Instituto de Saúde Coletiva** da Universidade Federal do Mato Grosso (ISC/UFMT).

15 **Médico sanitarista e Psiquiatra, doutor em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT.**

Conforme Mendes (1998) constata, o Brasil é um país continental, apresentando desigualdades em todos os setores, sentido em que a descentralização torna-se imprescindível para viabilizar as políticas públicas dos governos e atender com equidade as necessidades da população, por mais peculiares ou distantes que estas sejam.

O município de Matupá está localizado na região Norte do estado de Mato Grosso, no ponto de interseção entre a BR-163 e a MT-322, e dista 700 km da capital, Cuiabá. Possui uma extensão territorial de 5.127 km^2 e faz limites geográficos, ao norte, com a parte do Sul do estado do Pará e o município de Guarantã do Norte, em Mato Grosso. Os demais limites acontecem com municípios mato-grossenses: ao sul, com Peixoto de Azevedo; ao leste, com Peixoto de Azevedo e Terra Nova do Norte; e, ao oeste, com Novo Mundo.

A emancipação política e administrativa de Matupá ocorreu no dia 04 de julho de 1988, através da Lei Estadual nº 5.317 (MATO GROSSO, 1988). A população para o ano de 2005 foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 11.960 indivíduos, sendo 6.336 homens e 5.624 mulheres(IBGE 2005).

Neste trabalho objetivou-se realizar o resgate histórico da implantação do Sistema de Saúde no município de Matupá, caracterizando a organização da rede de serviços local, conforme a descentralização das ações e serviços foi sendo deslocada para o nível municipal. Buscou-se também identificar seus recursos humanos, a organização normativa, a rede de serviços, o financiamento e os indicadores da Atenção Básica, depois do ano de 2002, através do Sistema de Pacto de Indicadores da Atenção Básica (SISPACTO).

2 Metodologia

Partindo das orientações de Tobar (2001, p. 20), esta é uma pesquisa descritiva de análise documental, sendo complementada pelo levantamento bibliográfico de obras pertinentes ao tema, da legislação e normativas do SUS. Para a coleta de dados, procedeu-se ao levantamento dos documentos existentes na Prefeitura Municipal de Matupá (PMM), tais como leis, portarias, contratos; e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), documentos internos, relatório de gestão. Além destes, foram pesquisados documentos como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica em âmbito municipal, estadual e federal (SISPACTO), produzidos em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS), além de normativas e portarias ministeriais e o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

Para complementar as lacunas existentes e ordenar melhor os fatos e documentos da história inicial da implantação do Sistema de Saúde Municipal,

foram realizadas cinco entrevistas abertas com pessoas que tiveram participação nesse período.

Para a apresentação dos dados sobre os Recursos Humanos, foi feito um recorte compreendendo os anos de 1998, 2001 e 2004, quando ocorreram mudanças importantes no SUS municipal. Em 1998 o município foi habilitado para o exercício da Gestão Plena da Atenção Básica (BRASIL, 1998b); em 1999 houve a certificação para o gerenciamento das ações de epidemiologia e controle de doenças, repercutindo com a agregação dos agentes ambientais aos quadros da SMS em 2001; e em 2004 os contratos dos agentes comunitários de saúde passaram para a SMS, o que antes era realizado através de convênio da Prefeitura Municipal de Matupá (MATUPÁ, 2003a).

Ressalta-se que as informações sobre os Recursos Humanos nos anos de 1998 e 2001 foram levantadas no Departamento Pessoal do município e que no ano de 2004 foram utilizados os relatórios de gestão (MATUPÁ, 2004a).

A Portaria MS/GM nº 1.121, de 17 de maio de 2002 (BRASIL,2002), estabelece as metas municipais e estaduais no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e a relação dos indicadores para o ano de 2002. Anualmente o Ministério da Saúde publica nova portaria apresentando os indicadores, fluxos e cálculo para a pactuação, e os municípios realizam o processo de acordo com a população, considerando os indicadores principais definidos pela SES.

Sendo assim, esses indicadores são parâmetros utilizados para monitorar e avaliar o SUS em todos os níveis, os quais são empregados neste trabalho também com a finalidade de evidenciar implantação das ações de saúde do município. Os indicadores apresentados foram extraídos do SISPACTO a partir de 2002, sendo que os indicadores de nascidos vivos, com baixo peso ao nascer e da taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares estão presentes somente nos anos de 2003 e 2004 (BRASIL, 2002a).

3 Resultados/discussão

3.1 A estruturação do sistema de saúde pública em Matupá/MT

Através do recorte histórico contextualiza-se como se deu a estruturação do Sistema de Saúde, tendo a malária como o problema que impulsionou a criação de uma estrutura de atendimento de saúde local, organizada inicialmente pela colonizadora do município e posteriormente pelos setores privado e religioso.

O enfrentamento da doença no município respondeu, de início, a interesses específicos dos colonizadores, deixando, mais tarde, de ser prioridade da colonização, quando foi encampado por entidades de caráter religioso e filantrópico associadas aos órgãos públicos. Foi esse um período de organização da saúde municipal, a partir das demandas da população, efetivado de forma eficiente e intuitiva

pela própria comunidade, seguindo as proposições do SUS.

Com a emancipação política e administrativa de Matupá, em julho de 1988, teve inicio o processo de organização normativa do município, criando-se a Secretaria Municipal de Saúde, que incluía o trabalho e o bem-estar social, bem como leis de criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (MATUPÁ, 1989).

A Secretaria de Saúde contava inicialmente com três unidades de saúde, sendo uma urbana e duas rurais, e trabalhava em parceria com a Superintendência de Campanhas (SUCAM) no diagnóstico e tratamento da enfermidade. O município dispunha da Casa da Malária, de caráter religioso, e dois hospitais privados, que foram conveniados ao SUS para internações hospitalares, um em 1991 e o outro em 1993 (MATUPÁ, 2005; MATO GROSSO, 1991; MATO GROSSO, 1998).

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1991 pelo Decreto Municipal nº 110 (MATUPÁ,1991), sofrendo alterações nos anos seguintes em sua composição, a fim de atender a normativa nacional quanto à representação paritária (MATUPÁ, 2003c). Desde a sua criação, as reuniões do CMS vêm ocorrendo com certa irregularidade: em 1995 foram apenas duas, constituindo-se no ano com menor número de reuniões; em 1996 foram quatro; e em 1999 foram vinte, portanto o maior número de reuniões; nos demais anos, esse número variou de sete a doze encontros anuais.

Conforme registrado nas atas, o CMS examinou problemas relacionados com internações excedentes, organização dos serviços e reclamações de atendimento hospitalar e ambulatorial, falta de medicamentos, aprovação de Planos Municipais de Saúde, relatórios de gestão, programas e projetos, além dos relatórios de prestação de contas da SMS (MATUPÁ, 2004b).

Quanto à estruturação da rede de serviços, esta foi gradativamente implantando os programas e serviços (estadual e federal) necessários, tais como apontados em Matupá (MATUPÁ, 2003b):

- o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1997;
- a transferência do Centro de Saúde Thereza Collete Ometto, em 1997, que funcionava na primeira unidade de saúde, para o prédio construído para abrigar o Hospital Municipal de Matupá, em 1995;
- a implantação da Unidade Descentralizada de Reabilitação Duse Ometto, em 1998, com serviços de fisioterapia, serviço social, psicologia e fonoaudiologia, no mesmo prédio que abriga, ainda hoje, o Centro de Saúde;
- a certificação do município, em 1999, pelo Ministério da Saúde, para gerenciar as ações de epidemiologia e controle de doenças;
- a implantação, no ano 2000, da primeira Equipe de Saúde da Família

(ESF), vinculada ao Programa de Saúde da Família (PSF);

- a adesão ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais, em 2002 (PASCAR); e
- a implantação, em março de 2004, do pronto atendimento de urgência/emergência 12h, anexo ao Centro de Saúde, embora a demanda em duas conferências municipais de saúde tenha sido para 24h.

Com a adesão a programas e a implantação de serviços, o município ficou responsável diretamente por tais ações, recebendo financiamento fundo a fundo do Ministério da Saúde e/ou do Estado, de acordo com as legislações específicas de cada programa ou serviço. Diante disso, descentralizaram também para o município os sistemas de informação de saúde específicos da Atenção Básica e Vigilância, com a finalidade de informar às outras esferas de governo os dados e ações realizadas, monitorar e conhecer seus problemas e garantir continuidade das transferências dos recursos financeiros para o município.

3.2 Recursos Humanos

Dentre as responsabi lidades da gestão municipal, no item 05 do Manual para organização da Atenção Básica (BRASIL,1998) faz-se referência à administração e ao desenvolvimento dos Recursos Humanos para garantir a prestação de serviços geradas para o setor com o aumento da demanda das unidades básicas de saúde, programas e ampliação de serviços. No entanto, os Recursos Humanos da SMS estão ligados à administração direta da prefeitura municipal, e o município não possui Plano de Cargos, Carreiras e Salário (PCCS) exclusivo da SMS. Ademais, não há registro de uma política de qualificação própria para os profissionais de saúde, sendo as capacitações e treinamentos realizados pela Secretaria Estadual de Saúde, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Ambientais, que recebem treinamento em serviço da equipe de saúde local.

Na Tabela 1, expressa a seguir, apresenta-se a distribuição dos profissionais da SMS de Matupá nos anos de 1998, 2001 e 2004, observando-se um aumento no quadro de funcionários, que em 1998 era de 32 indivíduos e subiu para 50 em 2001 e para 84 em 2004. Pode-se observar que entre os profissionais de nível superior os números se mantiveram estáveis desde 1998, a não ser pela contratação de um fisioterapeuta em 2001 e de um psicólogo em 2004. Em relação aos médicos, apesar da redução de quatro em 1998 para dois em 2001, houve duas novas contratações em 2004 e a modificação dos seus contratos de trabalho de 4h em 1998 para 8h em 2001.

No que diz respeito à quantidade de profissionais de nível técnico, percebe-se que nesse ponto ocorreram as modificações mais expressivas, tendo o número

de contratados subido de 20 em 1998 para 38 em 2001 e 69 em 2004. Os agentes comunitários passaram de doze em 1998 para 36 em 2004, e os técnicos de enfermagem, agentes de endemias e guardas de endemias, que não apareceram em 1998, contavam respectivamente cinco, doze e três em 2004.

Essas alterações deveram-se ao fato de o município ter percorrido todo o seu interior ao assumir a vigilância epidemiológica e a atenção básica, através da implantação do PSF e do PASCAR, demandando a formação de equipes de saúde que incluíam o trabalhador dos níveis médio e técnico. Em relação aos atendentes de enfermagem, embora constando do quadro de funcionários, estes foram remanejados para outras atividades, lembrando-se que a partir de 2001 a profissão foi extinta.

Tabela 1 - Quantidade de profissionais da SMS, por categoria, em Matupá, nos anos de 1998, 2001 e 2004

Profissional	1998*	2001*	2004
Nível superior			
Médico	04	02	04
Enfermeiro	01	02	02
Bioquímico	02	02	02
Odontólogo	02	02	02
Assistente Social	01	01	01
Psicólogo	00	00	01
Fisioterapeuta	01	02	02
Fonoaudiólogo	01	01	01
Subtotal	**12**	**12**	**15**
Nível técnico/médio			
Técnico de Enfermagem	00	00	05
Auxiliar de enfermagem	02	04	05
Atendente de Enfermagem/Agente de Saúde	04	05	05
Técnico de Radiologia	00	00	01
Fiscal Sanitário	02	02	02
Agente Com. de Saúde	12	15	36
Agente de Endemias	00	07	12
Guarda de Endemias	00	05	03
Subtotal	**20**	**38**	**69**
Total	**32**	**50**	**84**

Fonte: MATUPÁ, 2004a

* Departamento de Pessoal da Prefeitura de Matupá – dados coletados pela autora.

3.3 Recursos financeiros aplicados no Sistema Municipal de Saúde

A Constituição Federal de 1988, no artigo 194 define a saúde como parte da seguridade social, na qual insere o financiamento da saúde. A Lei Orgânica nº 8.080 (BRASIL, 1990) reafirma que a Seguridade Social destinará ao SUS os recursos para a realização de suas atividades de acordo com a receita estimada, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, determinando que as demais esferas de governo, estadual e municipal, participem do financiamento da saúde pública, sem, entretanto, estabelecer um valor definido a ser orçado para o financiamento do sistema de saúde.

No ano 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 29 (BRASIL, 2000), que buscou assegurar a aplicação gradativa de recursos e garantir valores orçamentários com percentual definido para a União, o Estado e os municípios, vinculando inclusive as receitas que serão consideradas para a dedução do percentual a ser aplicado em saúde. Para os municípios, a meta é chegar a 15% das receitas orçamentárias em 2004.

Para monitorar as despesas em saúde foi criado o Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS), consistindo em um instrumento de planejamento, gestão e controle do SUS que reúne dados das receitas totais e gastos com ações e serviços de saúde das três esferas de governo, permitindo o monitoramento dos investimentos realizados no setor (OLIVEIRA, 2004).

A Lei Orgânica Municipal de Matupá, aprovada em 29 de dezembro de 1989 - Título V - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II -, dispõe sobre a saúde seguindo o modelo da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL,1990), apresentando, porém, no Art. 141, a seguinte definição: "[...] o município aplicará anualmente 8% de suas receitas orçamentárias no atendimento da saúde pública." O financiamento da saúde fica vinculado ao orçamento da Seguridade Social, mas com percentual fixo definido a ser aplicado na saúde.

Na Tabela 2, exibida adiante, são explicitados os percentuais gastos pelo município de Matupá entre 1998 e 2004. Embora não estivesse em vigor a EC nº 29, o município aplicou acima do que definia a Lei Orgânica Municipal (8%) nos anos de 1998 (15,02%), 1999 (8,52%), 2000 (15,45%) e 2001 (10,84%). A partir daí, não reduziu os valores para menos de 15%, como determinado pelo Fundo Nacional de Saúde: "[...] aqueles que aplicavam, em 2000, pelo menos 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais não podem reduzir seus percentuais abaixo dos previstos pela emenda", e aplicou até acima do previsto na EC nº 29." (BRASIL, 2003, p. 24).

Tabela 2 - Demonstrativo da aplicação de recursos municipais em saúde em Matupá, de 1998 a 2004

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Percentual aplicado em saúde com recursos próprios	15,02*	8,52*	15,45%	10,84%	18,93%	16,34%	20,25%
Mínimo a aplicar em saúde para o município de Matupá	8%*	8%*	7%	15%	15%	15%	15%

Fonte: BRASIL, 2005b.
*Secretaria de Finanças de Matupá

Os recursos próprios aplicados pelo município de 2000 a 2004 (Tabela 3) aumentaram efetiva e gradativamente os valores da despesa total com saúde; o valor de R$ 43,96 por habitante em 2000 passou para R$ 113,86 em 2004. Esse incremento deu-se por dois motivos: porque o contingente populacional manteve-se relativamente estável, tendo subido de 11.289 habitantes em 2000 para apenas 11.724 em 2004, e porque o investimento com recursos próprios do município aumentou, embora a transferência fundo a fundo do SUS tivesse diminuído substancialmente.

Tabela 3 - Valores totais e percentuais de transferência e aplicação no Sistema Municipal de Saúde

Ano	População*	Transferência SUS	Despesa total em saúde	Despesa com recursos próprios	Despesa total em saúde por habitante	Despesa com recursos próprios por habitante
2000	11.289	1.146.515,18	1.642.911,43	496.396,25	145,53	43,97
2001	11.347	370.292,56	801.258,55	430.965,99	70,61	37,98
2002	11.513	319.975,55	1.207.656,86	887.681,31	104,90	77,10
2003	11.619	474.879,95	1.348.119,17	873.239,22	116,03	75,16
2004	11.724	328.051,96	1.502.680,28	1.334.884,99	128,17	113,86

Fonte: BRASIL,2005c.
*População IBGE

3.4 Indicadores do Pacto da Atenção Básica municipal

O Ministério da Saúde estabelece anualmente portarias para a avaliação de desempenho às metas municipais e estaduais no Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que são definidos para três categorias: os Estados, municípios com menos de 80 mil habitantes e municípios com mais de 80 mil habitantes. Os indicadores são divididos em principais e complementares para cada área prioritária:

saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, controle do diabetes *mellitus*, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e geral. O Pacto de Atenção Básica exige que os indicadores referentes à saúde da criança e de mortalidade infantil sejam apresentados em números absolutos para municípios com menos de 80 mil habitantes.

A Tabela 4, a seguir, apresenta os indicadores de Saúde da Criança de 2002 a 2004, podendo-se observar que: a) em 2003 e 2004 houve uma queda abrupta dos dois indicadores, tendo-se alcançado um resultado melhor do que o pactuado para ambos; b) o número de óbitos em menores de um ano foi pactuado em cinco para 2003 e em três para 2004, ficando em um nos dois anos; e c) a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer foi pactuada em 6,4 para 2003 e em 4,6 para 2004, mantendo-se, respectivamente, em 4.66 e 3.73:

Tabela 4 - Indicadores de saúde da criança em Matupá, de 2002 a 2004

Indicadores	2002		2003		2004	
	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado
nº absoluto de óbitos em < de 1 ano de idade	05	6	5	1	3	1
Proporção de nascidos vivos com baixo peso	-	6.57	6.4	4.66	4.6	3.73

Fonte: MATUPÁ, 2005.

Para os indicadores de saúde da mulher pactuados (Tabela 5), a proporção de nascidos vivos de mães com mais de quatro consultas de pré-natal não alcançou a meta em nenhum dos três anos considerados. O município já havia detectado esse problema e tentado corrigi-lo, criando uma estratégia de agendamento antecipado das gestantes, aprovado através de uma resolução do CMS, em 1999, mas que até então não se mostrou eficiente. Além disso, a estratégia da SMS para alcançar a meta de cobertura consistia em acompanhar o Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), melhorar as ações dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família, para, então, poder analisar constantemente as informações e realizar buscas ativas e acompanhamentos, verificando porque as gestantes não compareciam às unidades de saúde para as consultas mínimas preconizadas para o acompanhamento do pré-natal.

Por outro lado, o indicador utilizado para a saúde da mulher relativamente aos exames citopatológicos ficou abaixo da meta estabelecida somente em 2002, mas superou-a em 2003 e 2004 com uma larga margem de diferença. Verifica-se que, no ano de 2004, o número de mulheres que se encontravam na faixa etária de

29 a 59 anos girava em torno de 2.782 indivíduos e que, para superar a meta de 0,18, alcançando 0,27, foram examinadas 765 delas, tendo o município chegado muito próximo de atingir as 800 mulheres/ano para atender ao programa ministerial, que preconiza o intervalo máximo de três em três anos para a realização dos exames (BRASIL, 2002b).

Tabela 5 - Indicadores da saúde da mulher em Matupá, de 2002 a 2004

Indicadores	2002		2003		2004	
	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado
Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal	100	91,55	95	92,7	95	90,65
Razão entre exames de citopatólogicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população nessa faixa etária	0,40	0,20	0,20	0,29	0,18	0,27

Fonte: MATUPÁ (2005)

A Tabela 6 apresenta os indicadores de controle da hipertensão e do diabetes, taxa de internação de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares, bem como as respectivas metas pactuadas e alcançadas nessa direção. O cálculo das taxas de internação e mortalidade de doenças cérebro-vasculares é feito tomando-se o total da população com quarenta anos ou mais de idade, a qual em Matupá, no ano de 2004, era de 1.522 pessoas, multiplicado por 100.000 e dividido pelo total da população do município. Esse parâmetro fica distorcido quando aplicado para uma população de 10.000 habitantes, que é o caso do município sob análise, e os valores ficam elevados. O indicador seria mais fidedigno se fosse apresentado em números absolutos, como no caso da mortalidade em menores de um ano, auxiliando o gestor e a equipe de saúde no rápido entendimento das informações e no planejamento de ações.

Da forma como as metas foram propostas, além de não terem sido alcançadas estavam muito abaixo do que o município efetivamente alcançou, transformando o indicador e a meta em um objetivo quase inatingível. Por exemplo, o percentual da taxa de mortalidade de 271 em 2004 refere-se a oito óbitos ocorridos na faixa-etária de quarenta anos ou mais.

No entanto, além das dificuldades na escolha dos indicadores, não se pode negligenciar outros fatores da maior importância que influenciam nos resultados, como o fornecimento de medicamentos e ações de promoção e prevenção.

A descontinuidade no envio regular de medicamentos na quantidade necessária para atender a todos os pacientes hipertensos e diabéticos, garantindo-lhes acesso ao uso contínuo dos fármacos indispensáveis ao tratamento dessas patologias, resulta no descrédito dos pacientes com relação à proposta do programa. A política de medicamentos para as três esferas de governo é, ainda, um desafio, devido a sua complexidade e à multiplicidade de interesses envolvidos.

Ações efetivas de educação em saúde, com a garantia de alimentação saudável e do lazer, a serem trabalhadas conjuntamente com os setores de esporte e educação, necessitam uma política municipal intersetorial mais eficiente.

Esse conjunto de fatores tem provavelmente contribuído para que o município não alcance as metas pactuadas para o controle do diabetes e hipertensão e mantenha as doenças cérebro-vasculares entre as principais causas de óbitos e internações da população acima de quarenta anos por doenças crônico-degenerativas (SILVA, 2003, p. 72).

Tabela 6 - Indicadores para o controle da hipertensão e diabetes em Matupá, de 2002 a 2004

Indicadores	2002		2003		2004	
	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado
Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC)	20,3	90,66	20	82,03	80	92,92
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares			30,1	117.18	117.8	271

Fonte: MATUPÁ, 2005.

Os indicadores de hanseníase, proporção de abandono do tratamento e taxa de detecção, de 2002 a 2004 (Tabela 7), reforçam a eficiência do programa implementado, pois não ocorreu casos de abandono do tratamento e a detecção da doença deu-se com mais eficácia do que fora proposto. O aumento da taxa de detecção reflete a intensificação de treinamento de toda a equipe de saúde, que vem possibilitando diagnósticos mais precisos e em maior número tanto de problemas descobertos tardiamente e já apresentando sequelas, quanto de outros descobertos precocemente, sem se falar que a capacitação da equipe fornece subsídios para a detecção de casos que se encontravam sem diagnóstico.

Essa situação favorável deve-se ao fato de o município contar também com os recursos financeiros da Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos (DAHW), desde 2003, na execução do programa de hanseníase e tuberculose, intensificando-se as campanhas de educação em saúde voltadas para orientação da comunidade e a qualificação dos profissionais da área.

Tabela 7 - Indicadores para eliminação da hanseníase em Matupá, de 2002 a 2004:

Indicadores	2002		2003		2004	
	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado
Proporção de abandono de tratamento de hanseníase	10	0	0	0	0	0
Taxa de detecção de casos de hanseníase	15.87	14,63	13	36,67	30	34,14

Fonte: MATUPÁ 2005.

Na Tabela 8 reúnem-se os indicadores de saúde bucal, cujas metas não foram alcançadas em nenhum dos anos focalizados, constituindo-se nos indicadores mais desfavoráveis para o município, em decorrência da falta de implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) junto às Unidades de Saúde da Família para a realização de ações preventivas, como proposto pelo Programa de Saúde Bucal:

Tabela 8 - Indicadores de Saúde Bucal em Matupá, de 2002 a 2004

Indicadores	2002		2003		2004	
	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado
Cobertura 1ª consulta odontológica	40	23,07	25	14,96	15	5,89
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	0.5	0,15	0.5	0,01	0.01	0,02

Fonte: MATUPÁ, 2005.

A Tabela 9 evidencia a proporção da população coberta pelo PSF e a média anual de consultas nas especialidades da Atenção Básica de 2002 a 2004, acerca do que se constata o crescimento do PSF até a superação da meta em 2004 e a média de consultas acima do pactuado em todos os anos, o que em ambos os casos é extremamente positivo:

Tabela 9 - Indicadores de cobertura do PSF e consultas médicas básicas em Matupá, de 2002 a 2004

Indicadores	2002		2003		2004	
	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado	Pactuado	Alcançado
Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	32,95	23,33	30	29,84	30	33,49
Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante	1.65	2,06	1.9	2,20	1.8	2,11

Fonte: MATUPÁ, 2005.

O município de Matupá vem apresentando um aumento crescente no alcance das metas dos indicadores pactuados nos últimos três anos, conforme informações da equipe da Secretaria de Estado de Saúde/Atenção Básica no *Relatório de supervisão do Programa de Saúde da Família*: em 2002, de 22 indicadores pactuados, o município alcançou 54,55; em 2003, de 17 indicadores, alcançou 58,82; e em 2004, de 22 alcançou 72,72% (MATO GROSSO, 2005).

3 Considerações finais

O município, além de coordenar as unidades básicas de saúde, passou a operacionalizar o Sistema Municipal de Saúde, através da implantação e alimentação dos sistemas de informação contendo os dados cadastrais de todas as unidades de saúde local. Implantou os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF) e o de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR), os programas da Atenção Básica, e o Centro de Reabilitação.

Em relação aos recursos humanos, verifica-se ter ocorrido um aumento gradativo destes e a ausência de um plano de capacitação. Por isso, os treinamentos e capacitações são oferecidos pelo MS e pela SES/MT, atendendo às demandas tanto no que se refere às doenças, imunizações e outros aspectos envolvendo a saúde, quanto à operacionalização dos sistemas de informação.

Quanto ao financiamento destinado à saúde pública municipal pela Prefeitura Municipal de Matupá, o município vem cumprindo com a EC 29.

Sobre o monitoramento dos indicadores que passaram a ser obrigatórios a partir de 2001, o município de Matupá vem apresentando um aumento crescente em relação ao alcance das metas dos indicadores acordados nos últimos três anos. O cumprimento dos objetivos estabelecidos pode estar relacionado à ampliação gradativa dos recursos humanos, à implantação e treinamento das equipes do PACS, PASCAR e PSF e a fatores que não são gerenciados pelo setor de saúde,

mas que incidem diretamente na saúde da comunidade. A esse respeito, deve-se considerar que outros fatores não avaliados envolvem o adoecer, tais como fatores históricos, sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais.

O município alcançou, no período avaliado, bons resultados nos indicadores de saúde da criança, hanseníase e tuberculose. No entanto, houve dificuldade para a consecução das metas traçadas para o tratamento da hipertensão e do diabetes e para a prevenção da saúde da mulher, com exceção do citopatológico. Na medida em que a cobertura do PSF aumentar, espera-se que esses indicadores apresentem melhorias, acompanhando o que o município alcançou nos demais indicadores e no amadurecimento e efetivação de ações mais concretas na política de medicamentos, educação e saúde e ações intersetoriais, que implicam em gestões que movam suas ações em pastas individuais para atuações em equipe e interdisciplinares.

Em face do exposto sobre a sistematização da implantação do sistema de saúde do município, acreditamos ter contribuído para o desenvolvimento futuro de trabalhos nesta área. Para tanto, lança-se o desafio da construção da gestão do SUS em âmbito municipal, para atuar articulando e operacionalizando o setor de saúde não somente na perspectiva de garantia do bem-estar físico e mental, mas, além disso, sob o ponto de vista dos determinantes e condicionantes externos (BRASIL, 1990a).

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.456, de 13 de julho de 1998. Dispõe sobre a habilitação dos Municípios na Gestão Plena da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998a.

_____. _____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998b.

_____. _____. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da

Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.121, de 17 de maio de 2002. Estabelece mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores de Atenção Básica 2001 e aprova a relação dos indicadores a serem pactuadas no ano de 2002, por Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002a.

_____. _____. _____. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Brasília, 2002b. Manual Técnico - Profissionais da Saúde.

_____. _____. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** Manual Básico. 3. ed. Brasília, 2003. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. _____. Departamento de Informática do SUS. **Demografia:** População Residente por faixa etária e sexo, 2005. Brasília, 2005. Caderno de Informações em Saúde. IBGE, Censos e Estimativas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mt.htm>. Acesso em: 31 jul. 2005.

_____. _____. Departamento de Informática do SUS. Situação do Cumprimento da EC 29/2000 por Município – Período de 2000 a 2004 – Dados enviados até 31/05/2005, 2005. Disponível em: <http://sipos.datsus.gov.br/Documentação/MT.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2005b.

_____. _____. Departamento de Informática do SUS. SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Indicadores Municipais, município 510560 Matupá, Período de 2000-2004, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br/indicadoresmun.php>. Acesso em: 30 jul. 2005c.

COSTA, Ricardo C. Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Sociologia e Política**, Curitiba, p. 18, 2002.

CUNHA, João Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

CUNHA, Rosani Evangelista da; SANTOS, Fausto P. dos. Os desafios do gestor local: estruturas organizacionais e mecanismos de controle. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 269-83.

DUARTE, Rosimara W. Lemos; FEITOSA JUNIOR, Adônidas R. Avaliação e Acompanhamento da Assistência por meio de indicadores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: Relatos de Experiências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 345-59. Projeto REFORSUS.

MATO GROSSO. Lei nº 5.317, de 04 de julho de 1988. Dispõe sobre a emancipação político-administrativa de Matupá. **Diário Oficial do Estado**, Cuiabá, 1988.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Termo de Contrato s/nº**, que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso com interveniência do INAMPS e Sociedade Hospitalar Bertinetti LTDA, para prestação de serviços Médico-Hospitalares. Cuiabá, 25 fev. 1991.

_____. _____. **Termo de Contrato nº11**, que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso com interveniência do INAMPS e o Hospital Regional de Matupá, para prestação de serviços Médico-Hospitalares. Cuiabá, 16 nov. 1993.

_____. _____. Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Gerência de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. **Relatório de Visita Técnica dos Indicadores de Atenção Básica do Município de Matupá**. Cuiabá, 2005.

MATUPÁ. Ação Social de Misericórdia da Paróquia de Matupá. **Livro Ata nº 01**, de 1987 a 2005. Matupá, 2005.

_____. **Lei nº 004**, de 17 de janeiro de 1989. Estabelece a Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal e dá outras providências. Matupá: Prefeitura Municipal, 1989.

_____. **Decreto nº110**, de 09 de setembro de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Matupá: Prefeitura Municipal, 1991.

_____. **Lei nº 400**, de 21 de maio de 2003. Dispõe sobre a Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Matupá. Matupá: Prefeitura Municipal, 2003a.

_____. _____. **Relatório da III Conferência Municipal de Saúde**. Matupá, set. 2003b.

_____. **Lei Complementar nº 435**, de 30 de outubro de 2003. Altera a composição do Conselho Municipal de Saúde. Matupá: Prefeitura Municipal, 2003c.

_____. **Lei Orgânica do Município**. Matupá: Câmara dos Vereadores, 1990.

_____. Secretaria de Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde**. Matupá, dez. 2004a.

_____. Conselho de Municipal de Saúde. **Livro Ata n. 01, 02, 03 e 04**. Matupá, 2004b.

_____. Relatório do Pacto de Indicadores da Atenção Básica das metas municipais Pactuadas e Avaliadas do município de Matupá nos anos 2002, 2003 e 2004. Matupá,2005.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário:** O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

_____. A descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap. 1. p. 17-55.

OLIVEIRA, Maria Alrenice. SIOPS: um instrumento de gestão e controle social do SUS. **Economia da Saúde:** sustentação, Fortaleza, n. 14, 2004.

RODRIGUES NETO, João F.; PEREIRA, Eduardo Avelino. Projeto Mapeando a Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: Relatos de Experiências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 437-55. Projeto REFORSUS.

TOBAR, Frederico. **Como fazer tese em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

UGÁ, Maria Alicia *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DA OUVIDORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ÁGUA BOA, MATO GROSSO

Theodoro Carlos Magalhães Pinto[16]
Simone Carvalho Charbel[17]

1 Introdução

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) desencadeou profundas mudanças na área da saúde pública, ao ter instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, entre outros. Esse órgão foi regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), que dispõem, entre demais aspectos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, criando para tanto duas instâncias colegiadas: os conselhos e as conferências de saúde.

O processo de implantação desse sistema afetou sobretudo os municípios, que sentiram a necessidade de se adequarem às novas condições, inclusive no que diz respeito a sua participação e controle nas questões da saúde pública (BRASIL, 2000).

Em Água Boa, Mato Grosso, já em 1989 foi fundado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que, no decorrer do tempo, passou por sucessivas e significativas alterações no sentido de aprimorar a participação da comunidade nos problemas da saúde pública municipal. Entre as inovações incluem-se definição das funções do Conselho, a triplicação do seu número de representantes e a criação da Ouvidoria Municipal, em 2007 (SIQUEIRA, 2008).

Vale ressaltar que Água Boa é um município de colonização recente, com 32 anos de fundação e 28 anos de emancipação, possuindo uma população aproxi-

16 **Enfermeiro, vinculado à** Secretaria Municipal de Saúde de Água Boa - Mato Grosso, egresso da Turma III do Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso.

17 **Assistente Social, mestre em Saúde e Ambiente, pesquisadora associada do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de** Mato Grosso.

.

mada de 18.991 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Neste estudo busca-se caracterizar os atendimentos da Ouvidoria Municipal do SUS do Município de Água Boa, no período compreendido entre maio de 2007 e julho de 2008, orientando-se por estas questões: a implantação da Ouvidoria decorreu da necessidade da população em ampliar seus canais de participação? Como ela funciona considerando-se os aspectos da legalidade, dos recursos humanos, físicos e financeiros? Quais foram os resultados obtidos até o momento?

Trata-se de uma pesquisa com abordagem descritiva e documental. Segundo Tobar, (2004) a investigação descritiva "[...] é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno [...] pode também estabelecer correlações entre variáveis e [...] não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve." Para o mesmo autor, a documental é aquela "[...] que se realiza com base em documentos guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balanços, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, vídeos, disquetes, diários, cartas pessoais, etc".

Dessa forma, foram pesquisados os seguintes documentos referentes ao período estudado: as atas e as resoluções nº 107/07 e 108/08 e 006 e 008/07, respectivamente, do Conselho Municipal de Saúde; os ofícios e as fichas de ocorrência da Ouvidoria do nº 001 ao 131; relatórios de dados da Secretaria Municipal de Educação; relatórios de atividades do PASCAR; atas de reuniões da equipe gestora; ofícios do Escritório Regional de Saúde; os decretos e as leis municipais de nº 188/91, 792/05 e 944/08; e os relatórios finais da II e III Conferência Municipal de Saúde de Água Boa/MT.

Foram selecionadas as quatro áreas mais demandadas: Recursos Humanos, Exames, Medicamentos e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), além da área denominada Outros, agregando demandas que por suas características peculiares não se enquadravam em nenhuma das demais.

O estudo teve o intuito de servir de subsídio para gestores e conselheiros na proposição de melhorias para os serviços de saúde prestados à população.

O conceito de controle social corresponde a uma moderna compreensão sobre a relação estabelecida entre o Estado e a sociedade, cabendo a esta última definir práticas de vigilância e controle sobre aquele primeiro. Essa concepção evoluiu para a idéia da participação comunitária na perspectiva de complementariedade ao Estado, representando um novo padrão relacional daquelas duas instâncias no setor de saúde (CARVALHO, 1995).

No Brasil, as raízes da prática de controle social sobre a área da saúde encontram-se no início do século XX, tendo como embrião os sindicatos urbanos que atuaram na criação e participação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões

(DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2005). No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, a participação popular intensificou-se, alimentou-se e realizou-se nos movimentos sociais que se multiplicaram na área da saúde e se traduziram nas conquistas sociais e democráticas que se consolidaram nas já referenciadas Constituição Federal de 1988 e leis 8.080/90 e 8.142/90, (CARVALHO, 1995).

Porém, apesar de todos esses avanços, além do arcabouço legal que garante o controle social do SUS, a efetivação desse acompanhamento muitas vezes não ocorre a contento, sobretudo em razão da insuficiente vivência da sociedade brasileira em termos de democracia, no exercício dos seus direitos e na assunção das responsabilidades na construção de um estado de bem-estar social.

2 Resultados

2.1 Caracterização do processo de criação, funcionamento e demandas recebidas pela Ouvidoria

No município de Água Boa, a estruturação do sistema de saúde, sua democratização e a grande ênfase dada ao controle social propiciaram maior participação do usuário junto às Equipes de Saúde da Família e ao centro de saúde, na busca de soluções para seus problemas. Nesse contexto, abriu-se espaço para o registro das denúncias e sugestões destinadas à melhoria dos serviços, com o que surgiu a necessidade de se criar um canal de participação que recebesse, classificasse, sistematizasse e respondesse a essa demanda.

Diante dessa constatação, o Secretário Municipal de Saúde propôs aos conselheiros, em reunião ordinária do CMS, ocorrida no dia 27 de abril de 2007, a criação da Ouvidoria Municipal, que foi aprovada unanimemente pela plenária (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007). Sendo assim, a Ouvidoria foi criada pela Lei Municipal nº 944, de 22 de abril de 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL, 2008) com a atribuição de "[...] ouvir sugestões, reclamações e denúncias do SUS, investigar sua procedência e apontar responsáveis ao Conselho."

Quanto ao processo de funcionamento, a Ouvidoria, tal como hoje ainda se encontra, conta com um instrumento de registro das demandas, a "Ficha de Ocorrência" (FO), na qual é anotado o relato do usuário demandante e do responsável pelo setor ou serviço demandado (OUVIDORIA, 2008).

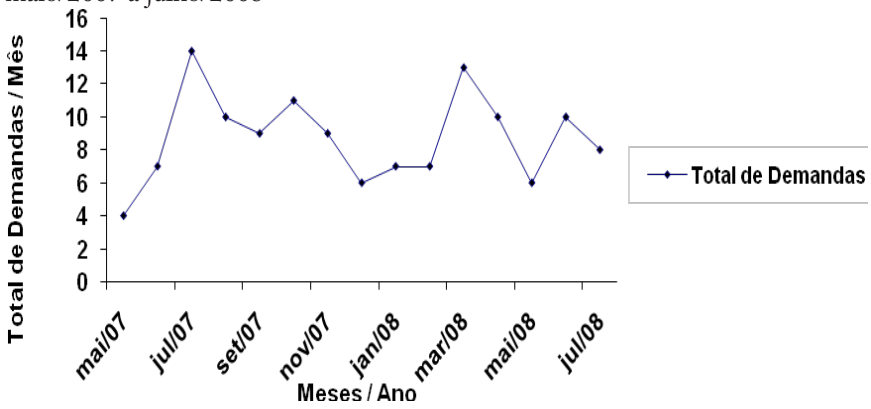
A partir da FO dá-se início a um processo, do qual uma cópia é encaminhada para o Secretário de Saúde, gerente ou chefe do setor demandado e devolvida à Ouvidoria, para que esta tenha conhecimento das providências a serem tomadas; outra cópia é enviada ao Conselho Municipal de Saúde (OUVIDORIA, 2008). Caso não se chegue a uma solução para a questão em apreço, o processo é encaminhado ao Conselho para ser submetido a uma análise, podendo esse orga-

nismo arquivá-la ou remetê-la à Prefeitura, ao Ministério Público ou à Ouvidoria do Estado (OUVIDORIA, 2008).

Na exigência de uma solução imediata, o Ouvidor entra em contato, via telefone ou pessoalmente, com o setor competente e demais instâncias, conforme a necessidade. As denúncias anônimas são aceitas, bem como há garantia de sigilo da identidade do usuário quando solicitado (OUVIDORIA, 2008). A propósito, a maioria das demandas da população a essa instância refere-se a denúncias, reclamações, elogios ou sugestões.

Conforme os dados apresentados, ao longo dos quinze meses analisados, a Ouvidoria foi acionada 131 vezes, com uma média mensal de 8,73 ocorrências. A esse respeito, nota-se, na Figura 1, que essas demandas no segundo mês de funcionamento do órgão aumentaram 42,86% em relação ao primeiro (maio), incremento observado também do mês de setembro para o de outubro de 2007, ao que se seguiu, porém, uma redução brusca nessa procura. Só que, em 2008, do mês março para o de abril e do mês de junho para o de julho, novamente se constatam acréscimos significativos, próximos de 46,00% e 40,00%, respectivamente.

Figura 1 - Demandas da Ouvidoria do SUS Municipal de Água Boa/MT, de maio/2007 a julho/2008



Fonte: OUVIDORIA, 2007; 2008.

Pode-se associar esse comportamento a dois motivos: um seria a demanda reprimida por esse tipo de serviço e o outro seria a forte campanha midiática em torno do assunto naquele período.

Percebe-se que o segundo pico ocorreu no mês de março de 2008, período caracterizado pela volta às aulas e à rotina das atividades para a maioria das pessoas. Nos meses de fevereiro a dezembro, época de férias e festas natalinas, houve baixa na demanda à Ouvidoria e aos serviços de saúde em geral.

Quanto às áreas mais acionadas, figuram na primeira posição as de Recursos Humanos e Tratamento Fora do Domicílio, com 37 demandas cada, representando 56,49% do total; no segundo lugar, as da categoria Outros, com 22,15%; e no terceiro e quarto lugares, respectivamente, as de Medicamentos e Exames, somando 21,37%, tal como demonstrado nos quadros 1 e 2:

Quadro 1 - Demandas da Ouvidoria por área de atendimento de maio/2007 a julho/2008

Mês e ano	maio 07	jun. 07	jul. 07	ago. 07	set. 07	out. 07	nov. 07	dez. 07	jan. 08	fev. 08	mar. 08	abr. 08	maio 08	jun. 08	jul. 08	Total
Recursos Humanos	02	03	05	01	02	01	03	04	01	01	04	03	01	04	02	**37**
TFD	01	02	01	03	03	04	03	01	02	03	03	02	04	02	03	**37**
Outros	-	01	02	03	04	03	02	01	01	01	05	02	-	02	02	**29**
Medicamentos	-	01	03	01	-	01	01	-	03	01	01	-	-	02	01	**15**
Exames	01	-	03	02	-	02	-	-	-	01	-	03	01	-	-	**13**
Total	**04**	**07**	**14**	**10**	**09**	**11**	**09**	**06**	**07**	**07**	**13**	**10**	**06**	**10**	**08**	**131**

Fonte: OUVIDORIA, 2008.

Quadro 2 - Total e percentual de atendimentos de maio/2007 a julho/2008

Área de atendimento	Demanda total	Colocação
Recursos Humanos	37	1º
Tratamento Fora de Domicílio	37	1º
Outros	29	2º
Medicamentos	15	3º
Exames	13	4º
Total	**131**	-

Fonte: OUVIDORIA, 2008.

As demandas agrupadas em áreas foram classificadas por tipo: denúncias, reclamações, elogios e sugestões, com base a definição de Ferreira (1999). As denúncias foram o principal motivo da procura da área de Recursos Humanos, com 43,24% de ocorrências; seguidas das reclamações, 29,73%; das sugestões, 18,92% e, por último, dos elogios, com 8,11%, como demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Demandas da Ouvidoria por tipo de registro de maio/2007 a julho/2008

Tipo	nº	%	Classificação
Reclamações	69	52,67	1º
Denúncias	34	25,95	2º
Sugestões	21	16,03	3º
Elogios	07	5,35	4º
Total	**131**	**100**	-

Fonte: OUVIDORIA, 2008.

Das denúncias realizadas, doze se referiam ao não cumprimento da carga horária pelos profissionais médicos e odontólogos; duas, à falta de visitas domiciliares pelas Agentes Comunitárias de Saúde; e as outras duas, à cobrança indevida de consulta médica no hospital regional.

Das reclamações registradas, a maioria (oito) dizia respeito ao mau tratamento e/ou desrespeito dispensado ao usuário por funcionários; uma, à ausência de rampa para acesso de portadores de necessidades especiais numa equipe de PSF; e as duas últimas, à limitação do número de consultas médicas nos PSF. Ou seja, todas as questões associavam-se à qualidade do atendimento (humanização, acessibilidade etc.).

Em se tratando das soluções para os problemas dos quais decorreram essas demandas, observou-se que as principais delas (73%), agrupadas nos tipos denúncias e reclamações, guardavam um forte componente de cunho pessoal entre o usuário e o profissional, ambos geralmente imbuídos de um julgamento puramente subjetivo. Ainda assim, tais denúncias e reclamações foram levadas ao conhecimento do profissional para que este apresentasse o seu posicionamento a respeito. Isso pode, também, ser indicativo da existência de problemas de comunicação e informação com os usuários sobre a dinâmica de atendimento dos serviços, pois, caso contrário, dificilmente haveria denúncias ou reclamações na Ouvidoria.

Do total de 27 casos agrupados nessa área e enquadrados nos tipos denúncias e reclamações, 25 (93%) foram solucionados ali mesmo, enquanto dois (7%) foram encaminhados ao CMS; destes, por sua vez, um foi resolvido e outro passado para Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde, que, após auditoria, sugeriu o encaminhamento do problema ao Ministério Público, em cujo âmbito se encontra até o momento.

A maioria das questões postas aponta para o despreparo da equipe no trato com o usuário, no entendimento e acolhimento de suas necessidades, na inserção dele com autonomia nos processos decisórios que dizem respeito aos serviços de saúde e seus interesses, ou seja, na sua condução para o centro do processo, garantindo sua participação e satisfação integral. Por outro lado, tais problemas podem evidenciar o desconhecimento do usuário quanto aos seus direitos e deveres ou o seu descrédito relativamente aos canais e mecanismos de controle das instituições.

É possível que essas demandas permitam à equipe gestora analisar e avaliar os profissionais que se encontram na ponta do atendimento, da gestão e do gerenciamento dos serviços e sistemas de saúde, ao mesmo tempo que podem evidenciar a necessidade de maior interação das equipes com a comunidade.

Quanto às sugestões, todas estavam associadas à garantia de acesso a tratamento especializado, ou seja, cinco solicitavam a contratação de mais médicos para o hospital regional; uma sugeria a compra de um tomógrafo e outra, o atendimento odontológico especializado no período noturno. Dos elogios, dois remetiam-se ao

excelente atendimento do médico de uma equipe do PSF e um ligava-se ao bom desempenho do Secretário Municipal de Saúde.

O Tratamento Fora do Domicílio também teve suas demandas concentradas nas denúncias e reclamações (81%), conforme se apreende dos dados exibidos no Quadro 5, sendo a maioria (60%) decorrente do mau acolhimento, em Cuiabá, por funcionários e médicos dos hospitais e/ou serviços aos quais foram encaminhados; os outros 40% correspondiam ao processo de regulação, às más condições durante a permanência do usuário na capital, ao cancelamento de consultas e/ou exames sem aviso prévio e preferência pelo atendimento em Goiânia/GO.

O conjunto dessas demandas constitui-se em subsídio para a gestão melhorar o acesso e a qualidade no atendimento ao usuário, garantindo seus direitos. Ademais, revela que há falhas internas e que falta articulação com outras esferas/setores do SUS fora do município.

Das trinta denúncias/reclamações efetuadas (81,08%), apenas cinco (16,66%) haviam identificado devidamente os setores/funcionários denunciados, tendo sido todos eles oficiados pela Ouvidoria/SMS a prestar esclarecimentos, embora até o final desta pesquisa nenhum deles houvesse se manifestado.

Das 25 reclamações (83,33%), as que diziam respeito às acomodações e condições físicas dos locais de tratamento foram encaminhadas ao Secretário Municipal de Saúde e ao CMS, concomitantemente, tornando-se objeto de pauta de reunião do Conselho por duas ocasiões e resultando em sua inclusão no Plano Municipal de Saúde para 2009/2012, do qual consta a manutenção de casas de apoio nas cidades de maior demanda. As outras estão em aberto, aguardando ser inseridas em uma das pautas da Comissão Intergestores Bipartite Regional.

Das denúncias, cinco tratavam de privilégios concedidos a algumas pessoas por parte do regulador municipal na marcação de consultas e exames; três se referiam à não utilização e à venda de passagens pelo usuário; e uma, à agressão verbal sofrida por um usuário por parte de funcionário de um hospital em Cuiabá.

Quanto às reclamações, dez tratavam do mau atendimento/acolhimento em hospitais da capital; cinco, à falta de alojamento e alimentação; e seis, ao longo tempo de espera para a realização de determinados exames ou consultas.

No tocante às sugestões, quatro correspondiam à manutenção de uma casa de apoio em Cuiabá e Goiânia; e duas, à contratação de uma Assistente Social para atender, em Cuiabá, pacientes oriundos de Água Boa.

O único elogio captado dizia respeito à rapidez na regulação e transporte de um paciente com necessidade de tratamento intensivo (UTI) para Cuiabá.

Tabela 1 - Demandas da Ouvidoria Municipal de Água Boa, segundo as categorias Recursos Humanos, Tratamento Fora do Domicílio, Outros, Medicamentos e Exames, de maio/2007 a julho/2008

Área	Tipo	Total	%
	Denúncias	16	43,24
Recursos Humanos	Reclamações	11	29,73
	Sugestões	07	18,92
	Elogios	03	8,11
Total		37	100,00
	Reclamações	21	56,76
TFD	Denúncias	09	24,32
	Sugestões	06	16,22
	Elogios	01	2,70
Total		37	100,00
	Reclamações	14	48,27
Outros	Sugestões	07	24,14
	Denúncias	06	20,69
	Elogios	02	6,90
Total		29	100,00
	Reclamações	11	73,33
Medicamentos	Denúncias	03	20,00
	Elogios	01	6,67
	Sugestões	00	0,00
Total		15	100,00
	Reclamações	12	92,30
Exames	Sugestões	01	7,70
	Elogios	00	0,00
	Denúncias	00	0,00
Total		**13**	**100,00**

Fonte: OUVIDORIA, 2008.

Na categoria Outros, agruparam-se as diversas solicitações e reivindicações com pouca resolutividade no âmbito da Ouvidoria. Não obstante, contribuíram para apontar ao gestor a fragilidade nas articulações intersetoriais, sobretudo no tocante à assistência social, à pouca ou ineficiente comunicação com a sociedade a respeito do funcionamento do SUS e das instâncias de controle social.

As vinte denúncias e reclamações captadas implicavam 69% das demandas nessa categoria, das quais, porém, dezesseis (80%) haviam sido equacionadas satisfatoriamente; duas (10%), aguardavam uma posição do setor para o qual foram encaminhadas; e outras duas exigiam orientação para que o usuário pudesse procurar instituições mais adequadas a suas necessidades.

Já as sugestões foram em número de sete (24%), tendo sido feitos à Administração dois elogios de forma genérica, representativos de 7% do total das demandas nessa categoria.

Relativamente às reclamações, quatro diziam respeito à solicitação de passagens para a visita a parentes; duas, à doação de próteses; três, à ajuda financeira; e cinco, à doação de equipamentos (aparelho de pressão, nebulizador, colchão d'água, muletas, cadeira de rodas).

Em se tratando das sugestões, estas ocorreram com as seguintes especificidades: duas para a compra de ambulância para atender especificamente determinada região; uma, para a contratação de médico com formação em uma área específica; duas, para o aumento de salário de determinada categoria de trabalhadores da saúde; uma, para a construção de um hospital; e uma para disponibilização de atendimento 24h no posto de saúde.

As denúncias registradas totalizaram: duas, pelo mau uso dos equipamentos públicos; uma, pelo mau estado de conservação desses equipamentos; e três, pela falta de insumos e/ou equipamentos.

Os elogios foram dois, um pelo bom desempenho do prefeito e o outro pela pavimentação asfáltica da cidade.

As denúncias e reclamações novamente representaram o maior fluxo de demanda na área de medicamentos, ou seja, mais de 93%, sendo que doze das quatorze delas referiam-se aos medicamentos de alto custo, que são de competência da esfera estadual e com pouca resolutividade no nível municipal. Associadas a essa constatação, as reclamações referiam-se, sim, à demora na liberação dos medicamentos e não na elaboração e encaminhamento dos processos à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica.

Mesmo assim, as denúncias foram averiguadas, tendo a maioria (92%) sido considerada não procedente, justificando-se que o processo estava em andamento, com a tramitação e os prazos dentro da normalidade; faltavam documentos por parte do usuário, atestando a exigibilidade para a composição do processo; ou, ainda, a medicação solicitada não fazia parte do rol de fármacos assegurados pelo Estado. Nesse caso, o atendimento da demanda decorreu da compra direta dos remédios pelo município.

Todas as reclamações, em número de onze (73,33%), foram sobre a demora na entrega de medicações de alto custo.

As denúncias, três ao todo, representaram 20% das demandas efetuadas, sendo uma sobre o extravio de processo de medicação de alto custo e duas sobre medicações com data de validade vencida.

Houve uma manifestação de elogio (6,67%), referente à agilidade com que foi resolvido um caso de medicação de alto custo. Não houve registro de sugestões (Quadro 6).

Quanto aos exames, doze demandas, de um total de treze, foram enquadradas no tipo reclamação (92,3%), das quais dez (83,33%) se referiam à demora na realização de exames, procedimentos que na maioria das vezes dispunham de pouca oferta e grande demanda reprimida, como, por exemplo, endoscopia e urografia excretora.

Logo, dessas reclamações, a sequência sete, duas e duas correspondia à demora na realização dos exames de endoscopia, urografia excretora e ultrassono-

grafia, respectivamente; uma referia-se à entrega de resultado de exame trocado. Todas as demandas foram resolvidas.

A outra reclamação (8,33%) dizia respeito ao equívoco cometido por um funcionário do laboratório municipal, o qual, em vez de entregar ao usuário o resultado de um exame de sangue ali realizado, entregou-lhe o resultado um exame de urina. Nesse caso, o responsável foi identificado e devidamente advertido, tendo o exame sido refeito, a pedido do usuário, em um laboratório particular, com os custos bancados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Das sugestões, uma se referia à implantação de atendimento preferencial para os moradores da zona rural quando da coleta de material para exames bioquímicos. Não houve registro de denúncias e elogios, como demonstra o Quadro 3.

Esses fatos podem servir de alerta aos gestores sobre a questão do controle de qualidade no âmbito do trabalho. De um modo geral, nota-se um montante considerável de demandas relacionadas à garantia de acesso a procedimentos especializados, como exames, consultas e medicamentos, sinalizando problemas com esse nível de atenção.

Na classificação geral por tipo de demanda, exibida no Quadro 3, a seguir, as reclamações ficaram em primeiro lugar, com 69 encaminhamentos; sendo seguidas pelas denúncias, com 34; sugestões, com 21; e elogios, com apenas sete registros.

No Quadro 4 demonstra-se o desfecho dado às demandas somadas do par denúncias e reclamações, que representaram 78,62% dos registros na Ouvidoria no período pesquisado, bem como o percentual de solicitações efetivamente solucionadas. Os processos que ainda se encontravam na Ouvidoria, aguardando respostas ou esclarecimentos de outros setores/órgãos para subsidiar seu desfecho, foram enquadrados como "em andamento". Já aqueles casos não solucionados na SMS/Ouvidoria, mas cujos processos estavam completos e foram enviados para outros órgãos, formaram um grupo denominado "encaminhados".

Quadro 4 - Desfecho das demandas da Ouvidoria no período de maio/2007 a julho/2008

Total de demandas dos tipos denúncias e reclamações por área		Solucionadas	Em andamento	Encaminhadas	%
Recursos Humanos	27	25	-	02	92,59
TFD	21	08	03	10	38,09
Outros	21	12	-	09	57,14
Medicamentos	14	08	-	06	57,14
Exames	12	12	-	-	100,00
Total	**95**	**65**	**03**	**27**	**68,42**

Fonte: OUVIDORIA, 2008.

Considerações finais

Embora a Ouvidoria Municipal tenha sido implantada recentemente, é inegável que esse organismo venha atendendo satisfatoriamente aos seus propósitos, haja vista a constância pela procura dos serviços disponibilizados, resultando na solução de 78,63% dos problemas que tramitam em seu interior. Contudo, percebe-se que há muitos usuários desinformados quanto às atribuições do setor.

Com relação a sua dinâmica de funcionamento, verifica-se que esse processo ainda é incipiente, devido, em parte, à insuficiência de instrumentos orientadores e normatizadores.

Os casos despachados para a Ouvidoria Estadual ou ao Ministério Público não são acompanhados pela Ouvidoria ou pelo Conselho, sugerindo a ausência de instrumentos necessários para tal e, também, de participação mais efetiva e de capacitação tanto da Ouvidoria quanto do Conselho Municipal de Saúde, ações essas que imprimiriam mais eficiência e dinamismo ao serviço.

Considerando-se o levantamento das demandas recebidas pela Ouvidoria e a resolutividade apresentada, conclui-se que a maioria delas ocorreu no nível operacional, incidindo sobre demandas individuais do cidadão e, dessa forma, necessitando de aprimoramento a fim de ampliá-las para o âmbito coletivo e inseri-las num nível mais estratégico de gestão.

Diante dos resultados apresentados neste trabalho, podem-se sugerir algumas formas de aprimoramento das atividades da Ouvidoria, tais como: elaboração de regimento interno; estabelecimento de um fluxo de encaminhamentos; relatórios de atendimento, atividades e acompanhamento; classificação das demandas por tipo e área; avaliação de desempenho da Ouvidoria; instalação de um programa informatizado que gere informações e relatórios sistematizados; execução de um trabalho de divulgação maior junto aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho e à população em geral, sobre as competências e importância da Ouvidoria, além do desenvolvimento de mecanismos que possibilitem uma melhor ação intersetorial na solução dos problemas requeridos pelos usuários do SUS.

Referências

ÁGUA BOA. **Lei Municipal nº 137**, de abril de 1989.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais e recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** Princípios e Conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

CARVALHO, Antonio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Água Boa . **Atas n. 15, 36, 38, 41, 43, 58, 65, 79, 88, 107, 108**. Livro ata n. 01. Páginas:23 e 25; 73 e 76; 79 e 81; 83 e 85; 102 e 104; 118 e 121; 148 e 151; 172 e 175; 254 e 257; 258 e 261.

_____. **Resoluções nº 001**, Institui a Comissão Organizadora da II Conferência Municipal de Saúde, Água Boa, 29 de agosto de 2003; **nº 006**, Aprova e Institui a Comissão Organizadora da II Conferência Municipal de Saúde, Água Boa, 15 de maio de 2007; nº 008, Aprova a instituição e designação de funcionário para atuar como ouvidor municipal de saúde, Água Boa, 18 de maio de 2007.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA. **As raízes do controle social da saúde no Brasil**. 2005. Disponível em: <www.denem.org.br/2005/arquivos/ok1121496328709.doc>. Acesso em: 28 nov. 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2007**. Disponível em: <http.//www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 21 ago. 2008.

OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS. Água Boa. **Fichas de Ocorrência** n. 001, de 23 de maio de 2007, a 131, de 25 de julho de 2008.

SIQUEIRA, Maurício. A Saúde Ontem e Hoje. **Jornal Interativo**, Água Boa, 18 jan. 2008. fl. 8

UTILIZAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO COMO SOLUÇÃO DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO

Alexandre Marchezoni Mingarelli[18]
Lígia Regina de Oliveira[19]

1 Introdução

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) brasileiros vêm apresentando um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto nacional, as secretarias estaduais e municipais de saúde gerenciam um vasto e complexo número de unidades assistenciais, de profissionais e de programas de saúde (BRASIL, 2004).

Consequentemente, para a avaliação e o monitoramento das ações e serviços de saúde, os gestores e profissionais da área interagem com diversos sistemas de informação que produzem uma quantidade volumosa de dados. Como o conjunto total dos dados existentes nas secretarias é produzido por sistemas diferentes, a tarefa de integração desses dados para produzir uma informação gerencial é extremamente árdua (BRASIL, 2004).

Esses mesmos sistemas dinamizam a gestão, ao facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e das políticas de saúde; ao subsidiar o planejamento e a programação de ações e o estabelecimento de prioridades; ao monitorar as ações do SUS, avaliando o desempenho, os processos e o impacto dos serviços; ao qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria; ao facilitar o acesso ao conhecimento; ao possibilitar a realização de consultas e relatórios sobre informações em saúde; e ao agilizar a troca de informação com outras esferas do SUS (BRASIL, 2004).

No Brasil, o ano de 2003 foi marcante para o debate e a fundamentação de uma proposta de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Integrado à construção da agenda estratégica do Governo Federal, o Ministério da Saúde definiu pela elaboração da política de informação e informática em saúde como um de seus objetivos setoriais prioritários. Essa definição está em sintonia com o contexto internacional, que vem destacando a relevância de políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação em saúde, diante de suas possi-

18 Analista de sistemas, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT), egresso da Turma III do Curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

19 Enfermeira, doutora em Saúde Pública, docente do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso (ISC-UFMT).

bilidades de geração de novos processos e produtos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão (BRASIL, 2004).

Nessas instituições públicas, implantar um *Business Intelligence* (BI) como propósito de integração de dados heterogêneos para a produção de informação gerencial é um passo decisivo para o aumento da eficiência da gestão, gerando um ambiente de consulta às informações significativas, o qual permite que diversas análises sejam realizadas sobre um mesmo assunto (BONFIM, 2001).

Os gestores públicos precisam aperfeiçoar sua visão sistêmica acerca do todo organizacional, através de informações sintéticas e representativas que possibilitem gerenciar a atuação de suas unidades organizacionais (BONFIM, 2001).

Para gerir bem é necessário que se tenha acesso aos dados transformados em informações, ou seja, que se tenha a capacidade de observar os dados históricos de modo integrado. Portanto, o bom gestor é, principalmente, aquele que tem a sua disposição o maior número possível de informações, a partir das quais pode realizar análises de tendências ou fazer projeções precisas sobre determinado assunto (BONFIM, 2001).

As unidades organizacionais de uma instituição pública geralmente possuem sistemas de informações que suprem as suas necessidades de forma transacional e local, sendo o produto desses sistemas a informação operacional, reducionista e mecanicista, na qual a retenção das informações pelas pessoas envolvidas diretamente com o sistema, dificulta a análise tempestiva para uma tomada de decisão imediata (BONFIM, 2001).

Em geral, os gestores não têm intimidade com o sistema de informações gerenciais, e esse distanciamento provoca vários problemas para o processo decisório e, consequentemente, para os resultados obtidos (BRASIL, 2001).

Embora os gerentes necessitem cada vez mais de informações relevantes, o que se tem, de modo geral, é uma abundância de informações irrelevantes. O cenário gerencial costuma ser marcado por informações inadequadas, dispersas, de difícil localização, atrasadas ou não confiáveis (BRASIL, 2001).

Sendo assim, as tecnologias da informação podem ajudar o gestor nessa árdua tarefa. Tecnologias de *business intelligence* (BI), como o *data warehouse* (DW), o *data mart*, o *On-line AnalyticalProcessing* (OLAP) e o *data mining*, podem contribuir para uma boa administração e gerência da instituição pública (BONFIM, 2001).

Neste estudo o objetivo é discorrer sobre as principais ferramentas de tecnologia da informação, especificamente as de BI, como instrumentos de gestão para a tomada de decisão.

2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na qual a estratégia utilizada para a identificação das informações desejadas constou da busca em referências bibliográficas e sítios eletrônicos oficiais do Ministério da Saúde[20] e do DATASUS[21].

3 Resultados

Os resultados são apresentados em dois tópicos, Sistemas de Informação em Saúde e Novas Tecnologias de apoio à tomada de decisão, considerando-se as características de cada tema correspondente.

3.1 Sistemas de Informação em Saúde

Os Sistemas de Informação em Saúde são instrumentos destinados à aquisição, organização e análise dos dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, bem como à avaliação da eficácia, eficiência e influência dos serviços prestados à população, além da contribuição para a produção de conhecimento acerca da saúde e assuntos afins.

O objetivo do SIS deve ser o de informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço sobre a natureza e amplitude das questões de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, servindo, ademais, de apoio a esses agentes nos processos de tomada de decisão e de gestão voltados para a resolução desses problemas (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define esses sistemas de informações em saúde como mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária ao planejamento, organização, operação e avaliação dos serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e, inclusive, recomendações para a ação (BRASIL, 2001).

Segundo Mota (2003), os SIS representam um conjunto de componentes (estruturas administrativas e unidades de produção) integrados e articulados, que permitem a obtenção e a seleção de dados, bem como a sua transformação em informação.

No Brasil, tais sistemas existem desde o final da década de setenta. O primeiro a ser concebido foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), instituído pelo Ministério da Saúde, em 1975, com a padronização da Declaração de

20 **Disponível em:** <www.saude.gov.br>. Acesso no 2º semestre de 2008.

21 **Disponível em:** <www.datasus.gov.br>. Acesso no 2º semestre de 2008.

Óbitos para todo o território nacional, disponibilizando dados consolidados desde 1979 (BRASIL, 2003).

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado gradualmente, a partir de 1990, pelo Ministério da Saúde, de forma semelhante ao SIM. Possui um documento básico, a Declaração de Nascido Vivo, padronizado nacionalmente e preenchido nos hospitais e em outras instituições de saúde nas quais ocorrem partos, bem como nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares (BRASIL, 2003).

Com a criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), integrando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em 1991, o número de sistemas de informação cresceu, com destaque para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (LEÃO *et al.*, 2008).

Nos últimos vinte anos, o Ministério da Saúde, através do DATASUS, disponibilizou uma série de sistemas de informação que fornecem dados epidemiológicos e/ou de produção de serviços. Estes são consolidados no município e transferidos ao nível estadual e federal. Cada um desses sistemas reflete um olhar do processo assistencial e têm implementado a política de informação (LEÃO *et al.*, 2008).

O Quadro 1 apresenta os principais Sistemas de Informação em Saúde, que, por seu caráter universal e abrangência nacional, implicam na obrigatoriedade de atualização pelas secretarias estaduais e municipais de saúde:

Quadro 1 - Principais sistemas de informação em saúde

Sistema de Informação em Saúde	Referência	Fonte de dados	Sistema gerenciador - banco de dados utilizado
SIM	Óbitos	Declaração de óbito	*postgree*
SINASC	Nascidos vivos	Declaração de nascido vivo	*postgree*
SINAN	Agravos notificáveis	Ficha de notificação e investigação	*postgree*
SIH	Internações hospitalares	Autorização de internação hospitalar	*firebird*
SIA	Atendimento ambulatorial	Laudo para solicitação/ autorização de procedimento ambulatorial; boletim de produção ambulatorial consolidado e individualizado	*interbase* e *dbase*
SIAB	Atenção básica	Cadastro das famílias e boletim de produtividade das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde	*dbase*
SIAPI	Imunização	Boletim mensal de doses aplicadas e Boletim de campanha	*dbase*
CNES	Cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde	Ficha cadastral	*interbase*

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, 2007; BRASIL, 2003.

3.1.1 Características dos Sistemas de Informação em Saúde

Os sistemas de informação em saúde, mesmo com as limitações conhecidas, representam um grande acervo de informações acumuladas ao longo da história do SUS (LEVIN; SANTOS, 2008).

Por outro lado, no Ministério da Saúde, como se verifica há anos, os sistemas continuam sendo desenvolvidos de forma centralizada, verticalizada, fragmentada e proprietária, em vez de se buscar a padronização e interoperabilidade - "conversa entre sistemas" (LEVIN; SANTOS, 2008).

Na acepção do gestor municipal, a alimentação dos dados para os níveis estadual e/ou federal está vinculada à transferência de recursos financeiros. Os pacientes são cadastrados em vários sistemas que não se integram. O resultado é um conjunto de banco de dados desconexos, com informações de qualidade discutível. A grande maioria dos sistemas possui o olhar do faturamento, o que gera uma lógica perversa de informar um procedimento de maior valor que o realizado (LEÃO *et al.*, 2008).

Nessa perspectiva, verifica-se que os sistemas focalizam o controle, não sendo, pois, construídos a partir do processo de trabalho, o que redunda no aumento da carga de trabalho por meio da criação de mais processos de controle (LEVIN; SANTOS, 2008).

Em face dessa situação, os municípios preocupam-se muito mais em alimentar as bases de dados, a fim de não perder o repasse dos recursos federais, do que em utilizá-las ante o processo de tomada de decisão (LEÃO *et al.*, 2008).

Do conjunto dos principais problemas do campo da informação e informática do Sistema Único de Saúde, é consensual a premência pela definição de estratégias que superem o histórico quadro de fragmentação e paralelismo das ações praticadas, envolvendo os inúmeros Sistemas de Informação em Saúde em funcionamento. A integração e a maior articulação entre os SIS são condições indispensáveis para um salto de qualidade na gestão do SUS (BRASIL, 2003).

3.2 Novas tecnologias de apoio à tomada de decisão

Com a ampliação do uso dos SIS pelo Ministério da Saúde, os gestores das secretarias municipais e estaduais de saúde vêm enfrentando dificuldades para o acesso e tratamento dos dados existentes em tais sistemas, impedindo que as informações adequadas sejam disponibilizadas no momento necessário, sem dizer que a maioria deles falha na geração de relatórios adequados. Diante disso, os SIS requerem uma nova combinação das tecnologias de sistemas de informação, então satisfazendo a um conjunto de necessidades e garantindo a eficácia das ações dos profissionais e gestores de saúde (BRASIL, 2004).

Com o advento da tecnologia da informação, surgiu o problema da compilação e interpretação do vasto universo de dados distribuídos nas secretarias de saúde, de forma a transformá-los em informações úteis e essenciais para quem os utiliza. As ferramentas tecnológicas de *business intelligence* visam, exatamente, contribuir para que os gestores compreendam os dados de forma sistêmica e tomem decisões tempestivas e apropriadas, alinhando-as aos objetivos da instituição e ampliando a função dos sistemas de informações gerenciais, executivas e de apoio à tomada de decisão (BARBIERI, 2001).

Na acepção de Batista (2004), as tecnologias de BI são o segundo maior investimento das organizações, e estudos demonstram que dentro de pouco tempo, para cada usuário de informações operacionais existirão cinco usuários de informações gerencias ou analíticas, ou seja, essa ferramenta será cada vez mais essencial para fins de gestão e de controle.

Seus componentes consistem na extração de dados, no armazenamento de dados (*data warehouse* - DW - e *data marts*), na análise de informações (*on-line analytical processing* - OLAP) e na mineração de dados (*data mining*). Estes são essenciais para a composição e entendimento das ferramentas de BI abordadas neste trabalho investigativo.

3.2.1 *Data warehouse*

Surgido no início dos anos 90, o processo de *data warehousing* (DW) tendo sido proposto como uma solução para o armazenamento de dados de várias fontes, na qual a história da instituição se mantém disponível e acessível para consultas e análises (MACHADO, 2000).

Quando um gestor deseja uma informação que fuja ao padrão conhecido por seus profissionais ou que não esteja contemplada nos próprios relatórios do sistema, são muito grandes o tempo e o esforço necessários para adquiri-la, uma vez que vários sistemas devem ser consultados e os dados resultantes devem ser cruzados.

Em face dessa complexidade e considerando-se que esses sistemas requerem uma nova combinação de instrumentos tecnológicos de informação que satisfaçam a um conjunto de necessidades e viabilizem a eficácia das ações dos profissionais e gestores e o aumento da produtividade da organização, introduziu-se a nova ferramenta, o *data warehouse* (BARBIERI, 2001).

Esse é, pois, o termo designativo do processo de preparação dos dados de um sistema de informação operacional consubstanciando uma fonte de informações que possa dar suporte à tomada de decisões. Nessa dinâmica, os dados sofrem uma série de transformações, entre elas a limpeza, a verificação de consistência e a totalização em níveis hierárquicos, tal como desejados na análise (KIMBALL, 1998).

Segundo Inmon (1997), o DW é uma coleção de dados orientados a assuntos integrados, variáveis com o tempo e não voláteis, destinando-se a dar suporte ao processo gerencial de tomada de decisões. Enquanto isso, Singh (2001) o resume como sendo uma tecnologia de gestão e análise de dados.

A construção de um *data warehouse* exige a transferência e a transformação dos dados provenientes de sistemas transacionais para uma base de dados centralizada e independente, que ficará disponível para os usuários realizarem suas consultas.

Em decorrência disso, há dois ambientes: o operacional, no qual os dados são em geral atualizados registro a registro em múltiplas transações, e outro o DW, no qual, os dados são inseridos e acessados em grandes quantidades. Esse banco é disponibilizado somente para a consulta e análise dos dados pelo usuário, sendo-lhe vetada a alteração do seu conteúdo. O fato de existirem dois sistemas rodando em paralelo garante que operações efetuadas em um deles não afetem a performance do outro e vice-versa (MACHADO, 2000).

Observa-se, portanto, através dessas definições, que o *data warehouse* é um ambiente e não apenas um produto ou um conjunto de produtos, como muitos acreditam.

De acordo com Kimball e Ross (2002), os principais objetivos de um DW são:

- permitir fácil acesso à informação, com conteúdo intuitivo e significado óbvio das informações para os usuários utilizando-se de correta nomenclatura e total legibilidade para as informações armazenadas (facilitar para os usuários o acesso às informações dotadas de conteúdo intuitivo e significado óbvio, utilizando-se, para tanto, de nomenclatura correta e inteiramente legível);
- apresentar informações consistentes e confiáveis, que, mesmo tendo sido originadas de diversas fontes de dados, tenham passado por um processo de limpeza e verificação de qualidade, sendo disponibilizadas para os usuários somente quando estiverem apropriadas para o consumo;
- ser adaptável às mudanças originadas em função das necessidades dos usuários, das condições do negócio, dos dados armazenados ou da própria tecnologia adotada;
- garantir a segurança quanto ao acesso às informações armazenadas muitas vezes consideradas confidenciais;
- armazenar dados que servirão de base para o processo de tomada de decisões;
- ser aceito pela comunidade de usuários, uma vez que, diferindo-se de um sistema de informação operacionais cujo uso é praticamente obrigatório, o DW é uma ferramenta opcional.

A principal justificativa para a aplicação da tecnologia *data warehouse* em uma organização é o fato de esta apresentar este perfil:

- integra dados de múltiplas fontes;
- realiza constantes alterações nos sistemas transacionais corporativos;
- apresenta dificuldade acentuada na recuperação de dados históricos;
- possui grande quantidade de sistemas transacionais;
- não padroniza nem integra os dados existentes nos diversos sistemas;
- é carente de documentação e segurança no armazenamento dos dados;
- atende a diferentes tipos de usuários finais.

Um sistema de DW possui quatro características básicas: a) orientação por assuntos; b) integrado; c) variância no tempo; e d) não volatilidade.

a) Orientação por assunto

O armazenamento das informações dá-se por assuntos agrupados em ordem crescente de interesse e importância para a empresa, em contraste com os sistemas operacionais, que são orientados a processos desenvolvidos para manter as transações realizadas diariamente (MACHADO, 2000).

No caso da SES/MT, esta utiliza os sistemas SIM, SINASC, SIH, SIA,SIAB, SINAN, entre muitos outros, os quais se encontram organizados a partir da função desempenhada individualmente pelos setores que a integram, a fim de suprir as necessidades de controle das informações do dia a dia da instituição.

b) Integrado

A padronização ou integração de dados atribui maior confiabilidade ou consistência aos valores contidos nas tabelas e às comparações a serem feitas durante as análises solicitadas pelos usuários do sistema DW.

Um exemplo de integração seria a representação do sexo de uma pessoa, que no SIM é tratada como "M" e "F" - masculino e feminino, respectivamente; enquanto no SIH é tratada como "1" e "2" ou "3" - masculino e feminino, respectivamente. Para solucionar essa questão, no DW é estabelecido um padrão, utilizando-se somente uma das formas.

c) Variância no tempo

Os dados contidos num DW são temporais, ou seja, são armazenados conforme suas inúmeras variações ao longo do tempo, de forma que consultas podem ser executadas para recuperar o estado da informação durante certo período. Nesse sentido, os dados são regularmente inseridos para manter o registro histórico das operações de toda a instituição enquanto esta existir (PAIM, 2003).

d) Não volatilidade

Esta característica pressupõe que, depois de efetuada a carga dos dados no DW, em determinados períodos, não podem ser feitas mudanças nas informações, mantendo-se os dados disponíveis somente para consultas por parte dos usuários.

3.2.2 Modelagem dimensional

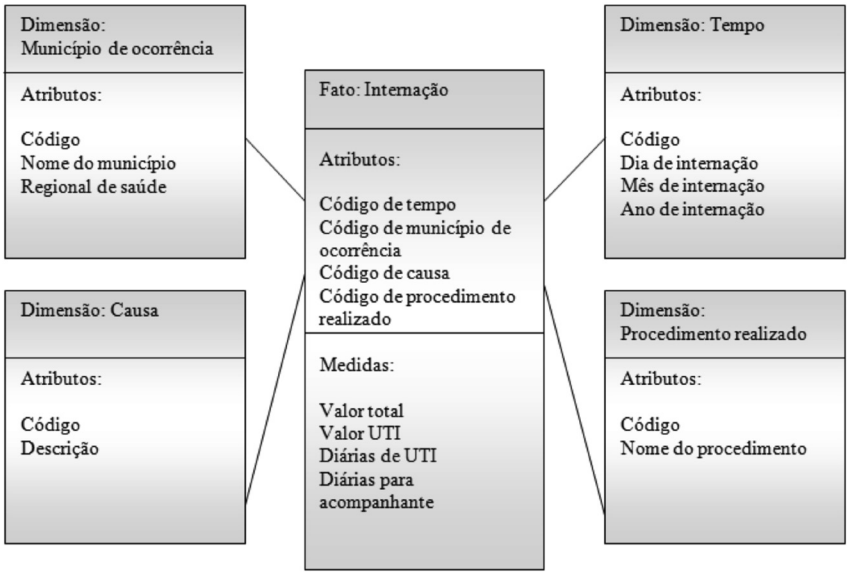
Usualmente, os sistemas de informação utilizados no cotidiano de uma organização são modelados através de técnicas que asseguram respostas rápidas a consultas que requerem um pequeno volume de dados. Com isso, esses sistemas armazenam dados em um formato relacional normalizado, constituído basicamente por um conjunto de tabelas e pela definição de relacionamentos entre estas.

O modelo relacional normalizado, entretanto, não é totalmente adequado para atender a consultas que acessem um grande volume de dados a serem sumarizados, caso em que se torna necessário os dados passarem por um processo de transformação.

Kimball e Ross (2002) definem a modelagem dimensional como uma técnica estruturada desenvolvida para a obtenção de um modelo dimensional de dados. Em sua composição típica, esse modelo possui uma grande entidade central (fato), que reflete a evolução dos negócios no cotidiano de uma organização; e um conjunto de entidades menores (dimensões), arranjadas ao redor da principal e utilizadas de forma combinada como variáveis de análise do fato (Figura 1).

Segundo os estudiosos, *fatos* são tabelas nas quais se armazenam medidas numéricas totalizáveis relacionadas a determinado assunto ou processo de negócio, sendo que cada registro realizado associa-se a um conjunto de dimensões que determinam a granularidade dos fatos armazenados e definem qual o escopo dessas medidas, sendo que, quanto menor a granularidade de um *fato*, maior é o nível de detalhe armazenado. De acordo com os mesmos autores, *dimensões* são tabelas nas quais se armazenam descrições textuais de um processo de negócio, podendo cada uma ser formada por um conjunto de atributos denominados hierarquias, que servem como base para determinar regras de agrupamento, quebras e filtros em consultas a uma tabela fato.

Figura 1 - Exemplo de um modelo dimensional com tabelas de fato e dimensões

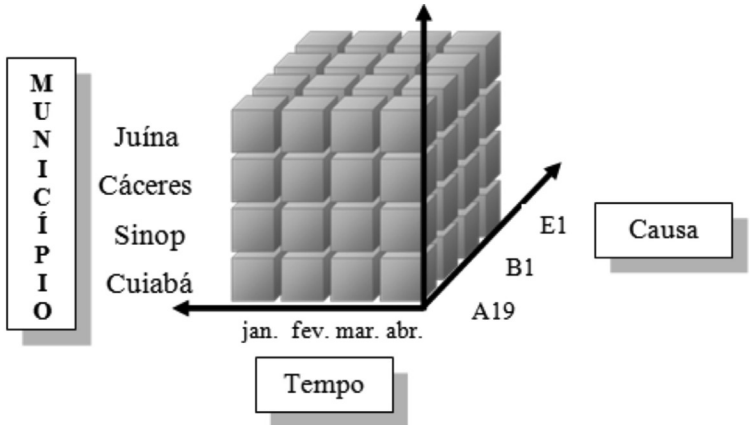


Fonte: KIMBALL; ROSS, 2002 (Adaptado).

Os bancos de dados dimensionais armazenam os dados em um formato diferente do padrão de armazenamento dos bancos relacionais. Esse arranjo dá origem a uma estrutura multidimensional referenciada na literatura como uma metáfora-denominada hipercubo ou simplesmente "cubo de dados". Os cubos armazenam combinações de atributos em duas, três ou quantas dimensões forem possíveis e aplicáveis (Figura 2). Essa modelagem proporciona um ganho de tempo na consulta, uma melhor organização do sistema e, principalmente, a sua utilização de forma intuitiva para o usuário.

Matematicamente, o cubo possui apenas três dimensões, entretanto, no modelo dimensional, a metáfora do cubo pode possuir quantas dimensões forem necessárias para a representação de determinado fato (MACHADO, 2000).

Figura 2 – Cubo de dados com três dimensões



Fonte: MACHADO, 2000 (Adaptado).

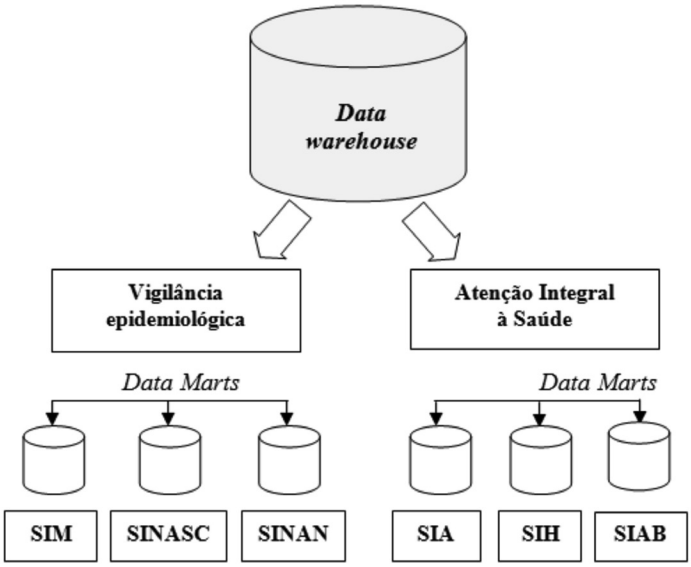
A estrutura multidimensional do cubo de dados fornece uma plataforma mais flexível para a execução de consultas analíticas complexas, maximizando a eficiência do esforço computacional exigido e, ao mesmo tempo, minimizando a quantidade de tabelas e relações no repositório de dados. Acessos ao cubo de dados, por sua vez, denotam operações envolvendo um volume intenso de dados e alta carga computacional. Tais operações não são bem representadas por métodos de acesso tradicionais, concebidos para otimizar o acesso transacional concorrente a pequenas quantidades de informação (TRUJILLO; PALOMAR, 1998).

3.2.3 *Data marts*

O *data marts* (DM) pode ser definido como um banco de dados multidimensional que fornece uma estrutura bastante flexível de acesso a dados. Enquanto o DW extrai, transforma e limpa os dados dos sistemas transacionais, mantendo-os integrados em quantidades massivas e em seu nível mais baixo, o DM se serve desses dados, extraindo-os para um departamento ou uma área de negócio e oferecendo flexibilidade e controle ao usuário final, pois se torna possível fatiar e agrupar dados de diversas maneiras (Figura 3) (INMON, 1997).

Kimball (1998), defensor da construção de *data marts*, afirma que estes são subconjuntos de um DW completo. Nesses termos, pode-se entender que *data marts* são pequenos DW de visão departamental ou de área de interesse ou assunto, com o propósito de fornecer uma visão estratégica dos dados setorizados.

Figura 3 - Exemplo de um DM de visão departamental na SES/MT



Fonte: KIMBALL, 1998 (Adaptado).

Através do cruzamento desses *data marts* de visão departamental, obtêm-se os indicadores de saúde[3], que são imprescindíveis para a análise da atual situação da saúde e para a correta tomada de decisão por parte dos gestores, objetivando melhorar o nível de saúde de determinada população.

3.2.4 Tecnologia OLAP

Projetada para suprir a deficiência dos métodos tradicionais de acesso aos dados, a tecnologia OLAP possibilita a aquisição de respostas rápidas e consistentes em consultas a dados agregados, independentemente do tamanho do banco ou da complexidade do modelo multidimensional.

Trata-se de ferramentas que designam as aplicações às quais os usuários finais têm acesso para a extração das informações de suas bases de dados, com que geram relatórios e consultas capazes de responder as suas questões gerenciais. Tais instrumentos tecnológicos surgiram juntamente com os sistemas de apoio à tomada de decisão quanto à extração e análise dos dados contidos nos *data warehouses* e *data marts* das organizações.

O OLAP se utiliza de recursos chamados "cubos", que transformam os

dados em informações rápidas e confiáveis. A propósito, o cubo é a figura representativa das várias dimensões de dados inter-relacionados, sendo própria de um sistema multidimensional, como referido anteriormente.

O objetivo final de uma ferramenta OLAP é transformar dados em informações capazes de oferecer ao usuário suporte quanto a decisões gerenciais, de forma amigável e flexível e em tempo hábil (THOMSEN, 2002). Por se constituírem em técnicas visuais facilmente assimiláveis e que podem ser "montados" pelos usuários, escolhendo onde podem ser exibidos em suas consultas, apresentam uma aplicação dinâmica, ou seja, uma aplicação na qual o usuário pode interagir com o resultado das informações.

Nas ferramentas de navegação OLAP, pode-se navegar entre diferentes granularidades (detalhamento) de um cubo de dados, através de operadores como: as duplas *drill down* e *drill up*; os pares *slice* e *dice*; *o rotate* (rotação) ou *pivoting*; e o *drill through* . O *drill down* e o *drill up* são relacionados com o nível de granularidade dos dados armazenados, sendo que o *drill down* ocorre quando o usuário aumenta o nível de detalhe da informação, diminuindo o grau de granularidade, e o *drill up*, também conhecido como *roll up*, acontece quando se dá inverso desse processo.

O *slice e dice* (fatiar e girar) são operações que permitem o acesso a um *data warehouse* por meio de qualquer uma de suas dimensões possibilitando a mudança de sua posição (KIMBALL, 1998).

O *rotate* (rotação), ou *pivoting*, serve para adicionar ou rearranjar as dimensões das tabelas.

O *Drill through* ocorre quando o usuário passa de uma informação contida em uma dimensão para outra dimensão.

3.2.5 *Data mining*

À medida que novos usuários da instituição descobrem o valor da informação e passam a efetuar consultas mais complexas no *data warehouse*, há necessidade de essa tarefa ser realizada de maneira mais automatizada e no menor tempo possível. Sendo assim, procede-se à combinação entre a estatística convencional e técnicas de inteligência artificial, a qual resulta na ferramenta denominada *data mining*.

O *data mining* é a exploração e a análise de grandes quantidades de dados por meios automáticos ou semiautomáticos, a fim de se descobrir modelos e regras significativas (HARRISON, 1998).

O propósito dessa análise é descobrir previamente as características dos dados, sejam relacionamentos, dependências ou tendências desconhecidas. Tais descobertas tornam-se parte da estrutura informacional nas quais decisões são for-

madas. Uma ferramenta de análise de dados ajuda os usuários finais na definição do problema, na seleção de dados e na iniciação de uma análise apropriada para geração da informação, que ajudará a resolver problemas descobertos por eles.

Os processos de *data mining* são extremamente complexos, além de ser um trabalho que dificilmente será resolvido mesmo por um especialista nessa ferramenta. Em qualquer projeto que envolva essa tecnologia, é obrigatória a existência de uma equipe multiprofissional conhecedora do assunto.

Na acepção de Harrison (1998), o *data mining* se aplica bem a tarefas como classificação, estimativa, previsão, agrupamento por afinidade ou clusterização, segmentação e descrição. A classificação consiste em identificar, *a priori*, o *cluster* (grupo) ao qual pertence um registro (indivíduo) a partir de seus atributos. Por exemplo, identificar os indivíduos com idade abaixo de cinco anos residentes em Cuiabá e que foram internados.

A estimativa corresponde à estipulação de um valor para alguma variável contínua desconhecida. Por exemplo, estimar o tempo de vida de um paciente dado o resultado de um conjunto de diagnósticos de exames.

A previsão é uma tarefa semelhante à classificação ou estimativa, porém os registros são classificados através de alguma atitude futura prevista ou valor futuro estimado. Em um trabalho dessa natureza, a única maneira de se ratificar a previsão é aguardar o resultado (favorável ou não).

O agrupamento por afinidade, ou clusterização, equivale à tarefa de segmentar registros de um banco de dados em vários *clusters* (grupos, classes)

A segmentação é o processo de agrupamento de uma população heterogênea em vários subgrupos, ou *clusters*, mais homogêneos. Em outras palavras, os registros são agrupados de acordo com a semelhança.

A descrição consta de regras que explicam/caracterizam um conjunto de registros pertencentes a um *cluster* (classe).

A tecnologia *data mining* é adequada à produção de conhecimento a partir de bases de dados da área da saúde, destinando-se à avaliação do planejamento e das políticas do setor no âmbito público.

Neste estudo objetivou-se aplicar o *data mining* na produção de conhecimento, através de regras de classificação baseadas em associações com o banco de dados do SINASC e a informação sobre a ocorrência de óbitos no primeiro ano de vida, no município de Florianópolis, em 1996.

Os resultados revelam a associação estatística significante entre o óbito de menores de um ano e as variáveis peso ao nascer, valores do apgar no 1º e no 5º minuto de vida, duração da gestação e tipo de gravidez.

O *data mining*, além de ter servido para a confirmação das hipóteses do teste de associação, também foi empregado para a determinação do perfil dos nascidos vivos de maior risco. Buscou-se, com esse procedimento, chamar a atenção

para as variáveis com alto grau de associação na ocorrência de óbito e, assim, monitorar os recém-nascidos que devem receber assistência efetiva, contribuindo, dessa forma, para a redução da mortalidade infantil (OLIVEIRA, 2001).

4 Considerações finais

Ao fazer uso das ferramentas de BI, os gestores da saúde podem obter informações de acordo com suas necessidades e expectativas, tornando-se mais independentes na busca de informações adequadas e sem precisar de relatórios distintos e isolados para conseguirem o pretendido, o que lhes garante a possibilidade de tomar decisões estratégicas em tempo hábil e com segurança.

Por se tratar de um ambiente, portanto dotado de características próprias, o BI requer ser adaptado às necessidades da organização pela qual é utilizado.

Contudo, assim como acontece com todas as tecnologias que visam à transformação de dados em informação, mais trabalho é requerido em relação à oferta de suporte e manutenção desse ambiente em busca de técnicas cada vez mais sofisticadas.

O uso dessas novas tecnologias pode ser uma decisão estratégica, já que permite aos gestores uma melhor visualização dos problemas através da organização dos diversos dados provenientes dos distintos sistemas de informação existentes. Entretanto, essa medida não pode ter caráter imediatista, ou seja, não é apenas algo que se realiza pontualmente, mas também é um processo contínuo de atualização e consolidação de dados corporativos. Por isso, os investimentos em um sistema desse tipo não devem e nem podem ser feitos de uma única vez e sim de forma gradual, ao longo do tempo.

Por outro lado, torna-se necessário ampliar os investimentos na área de gestão, para a formação e capacitação de recursos humanos em informação e informática, com vistas a disponibilizar aos gestores mais subsídios que lhes permitam compreender e tomar a melhor decisão sobre o uso de novas ferramentas tecnológicas.

Referências

BATISTA, Emerson de O. **Sistemas de informação**. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **Para entender a gestão do SUS**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário de comunicação, informação e informática em saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde PNIIS**; proposta versão 2.0. Inclui deliberações da 12ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area= 362A4B0C0D0E0F362G5HIJd4L5M0N&VInclude=./site/texto.php>. Acesso em 02 set. 2008.

BARBIERI, Carlos. **Business Intelligence - BI:** Modelagem e Tecnologia. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2001.

BONFIM, Marcus Mosquéra. **A implantação e utilização de Data Warehouse em instituições públicas no Brasil:** um estudo descritivo das implicações envolvidas. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. 119f.

HARRISON, Thomas H. **Intranet Data Warehouse**. São Paulo: Berkeley, 1998.

INMON, William H. **Como Construir o Data Warehouse**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KIMBALL, Ralph. **Data Warehouse Toolkit:** Técnicas para Construção de Data Warehouses Dimensionais. São Paulo: Makron Books, 1998.

KIMBALL, Ralph; ROSS, Margy. **The Data Warehouse Toolkit**. Guia completo para modelagem dimensional. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

LEÃO, Beatriz de F. *et al*. **O desafio de Integrar os Sistemas de Informação em Saúde**. IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2004. Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/425.pdf>. Acesso em: 03 set. 2008.

LEVIN, Jacques; SANTOS, Silvia Regina Rangel dos. **Relatório final de oficina de trabalho:** Pacto pela democratização e qualidade da informação e informática em saúde. VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/INFORMACAO%20EM%20SAUDE/VIII_Cong_SaudeColetiva_2006.pdf>. Acesso em: 03 set. 2008.

MACHADO, Felipe Nery Rodrigues. **Projeto de Data Warehouse:** Uma visão Multidimensional. São Paulo: Érica, 2000.

MOTA, Eduardo; CARVALHO, Déa. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 605-628.

OLIVEIRA, Ivana Corrêa de. **Aplicação de Data Mining na Busca de um Modelo de Prevenção da Mortalidade Infantil**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. 94f.

PAIM, Fábio Rilston Silva. **Uma metodologia para definição de requisitos em sistemas Data Warehouse**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Computação) - Centro de Informática, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003. 187f.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO MATO GROSSO (SES/MT). **Relatório técnico da Coordenadoria de Tecnologia da Informação**. Cuiabá, 2007.

SINGH, Harry S. **Data Warehouse.** Conceitos, Tecnologias, Implementação e Gerenciamento. São Paulo: Makron Books, 2001.

THOMSEN, Erik. **OLAP:** Construindo sistemas de informações multidimensionais. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

TRUJILLO, Juan; PALOMAR, Manuel, 1998. An Object-Oriented Approach to Multidimensional Database Conceptual Modeling. In: **Proceedings of the ACM 1st International Workshop on Data Warehousing and OLAP (DOLAP)**. Washington D.C., USA, 1998.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO À FORMAÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS EM MATO GROSSO

Rodolfo Bezerra Benevides[22]
Lydia Maria Bocayuva Tavares[23]

1 Introdução

Neste estudo descrevem-se os aspectos do Curso de Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (CGSSS) quanto ao perfil dos alunos; à distribuição destes por município, microrregião e Escritórios Regionais de Saúde (estruturas descentralizadas da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso - SES/MT); aos custos; e às respectivas avaliações. O curso foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT), em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de saúde de Mato Grosso (COSEMS/MT).

Em razão do processo de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrido no país nos últimos vinte anos, houve a necessidade de se programar uma política de cooperação técnica com os municípios ao longo deste período, visando fortalecer a capacidade de condução dos sistemas e serviços de saúde dentro dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Dentre as prioridades de cooperação, destaca-se a necessidade de formação permanente dos Recursos Humanos desse órgão, a fim de se aprimorar a capacidade administrativa, gerencial e diretiva das equipes municipais, de modo que possam concretizar as estratégias de promoção de saúde e garantir a integralidade das ações de saúde.

A percepção dessas necessidades motivou a formulação de políticas de educação permanente, voltadas para o desenvolvimento de cursos que forjem sujeitos capazes de trabalhar em equipes multidisciplinares e que, conhecendo o seu papel e valorizando igualmente a colaboração dos demais profissionais, possuem visão crítica, tomam decisões e são capazes de solucionar problemas com proposições que atendam a todos os interessados (CASTRO, 2006).

Dos objetivos traçados para a proposta, destaca-se a formação de gestores de sistemas, ações e serviços de saúde na perspectiva da educação perman-

22 Contador, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT), egresso da Turma III do Curso de Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (CEGSSS).

23 Médica, mestre em Saúde e Ambiente, vinculada ao Ministério da Saúde e pesquisadora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

ente (BRASIL, 2004). Nesse sentido, por iniciativa da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, foi elaborado, em setembro de 2003, um projeto de formação de gestores municipais de saúde, induzindo a adesão das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde do país, em parceria com o Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (2004).

Em Mato Grosso, a iniciativa do COSEMS/MT, representante dos interesses das Secretarias Municipais de Saúde, fundamentadas em suas atribuições e finalidades, empenhou-se na realização do projeto do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, em 2004, elaborado e desenvolvido em parceria com o ISC/UFMT, que acumulava a experiência de 25 cursos de especialização realizados nos últimos quinze anos, atingindo a marca de aproximadamente quinhentos profissionais especialistas atuantes nas diferentes áreas do SUS (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, 2004a; 2005; 2006).

Nesse contexto, o COSEMS (2007) apresentou a proposta do referido curso ao Polo de Educação Permanente definindo como uma de suas diretrizes norteadoras o desenvolvimento de metodologias de ensino que oportunizassem a reflexão e pudessem levar os profissionais a atuar como agentes de mudança na relação saúde-sociedade.

O estudo dos relatórios das conferências municipais de saúde, envolvendo dezesseis municípios de Mato Grosso, entre os anos de 2003 e 2005, e que antecederam a XII Conferência Nacional, evidenciou que os trabalhadores de saúde colocaram em pauta reivindicações trabalhistas e de educação permanente, as quais apareceram em 17% do total das deliberações registradas nos respectivos documentos (MÜLLER NETO *et al*., 2006).

Essas considerações apontam a relevância da formação e inserção do profissional no SUS em municípios de pequeno e médio porte, constituídos recentemente e distantes dos centros universitários formadores, características essas definidoras da grande maioria dessas unidades territoriais em Mato Grosso. Ali, o crescimento populacional, as mudanças demográficas e econômicas imprimem, numa escala acelerada, profundas transformações no perfil da população e suas necessidades, exigindo estratégias específicas, inovadoras e emergenciais para o fortalecimento do SUS (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, 2007).

Considerando-se as duas turmas concluídas do CEGSSS, neste estudo são descritos aspectos do perfil demográfico e profissional dos alunos; os custos e o aproveitamento dos educandos; os municípios contemplados; a avaliação pelos estudantes da metodologia adotada e a pertinência das disciplinas com a prática profissional.

2 Metodologia

A pesquisa caracteriza-se como descritiva documental, abordagem por meio da qual, de acordo com Tobar (2001), pode ser traçado o perfil de determinada população ou fenômeno, estabelecendo correlações entre as variáveis, mas sem o compromisso de se explicá-las, servindo apenas de base para os fatos que descreve.

Esta investigação foi realizada mediante a coleta detalhada dos dados levantados na documentação produzida pelo curso - atas de reuniões, ofícios, decisões de colegiado e departamento do ISC, fichas de inscrição e matrícula dos alunos e relatórios finais -, material disponível nos arquivos da Secretaria de Pós-Graduação *Lato Sensu* do ISC/UFMT e do COSEMS-MT. Nas fichas de inscrição, os dados levantados foram o sexo, a idade, a formação, o vínculo institucional e o município onde trabalhavam quando da matrícula no curso. Nos relatórios finais, as informações apreendidas foram o número de concluintes especialistas com monografia, aperfeiçoados e desistentes, além do custo do curso.

A distribuição dos educandos nas microrregiões de saúde é representada no mapa do Estado (Figura 1), que traz a delimitação dessas unidades territoriais. Os municípios de vinculação dos alunos e que foram contemplados estão subdivididos por porte populacional, segundo o Censo Demográfico e Contagem Populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007), e apresentados juntamente com o número de estudantes existentes (Tabela 2).

Os custos do curso, incluindo orçamento e execução, estão sistematizados na (tabelas 3), tendo sido os valores estipulados conforme a aprovação das cartas-acordo assinadas com o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (MS/OPAS), e o valor de cada projeto aprovado pelo total de alunos concluintes, especialistas e aperfeiçoados. Os desistentes não foram contabilizados, pois o valor total e por aluno diluiu os custos a eles associados.

As respostas dadas pelos alunos aos instrumentos de avaliação do curso após o término das disciplinas foram organizadas em tabelas elaboradas através do *software* Excel resultados apresentados nos (Gráficos 1, 2, 3 e 4). As avaliações continham perguntas diretas com respostas fechadas a respeito do curso, da metodologia e do objetivo das disciplinas, bem como sondavam a percepção do discente sobre provocar mudanças na sua prática. Como não foi obrigatório o preenchimento do formulário, o somatório de respostas variou para cada questão, o que não correspondia ao universo de alunos inscritos.

3 Resultados
3.1 Perfil dos alunos do CEGSSS

Na Tabela 1 são apresentadas as características do perfil sociodemográfico dos alunos do CEGSSS de duas turmas. Quanto aos alunos inscritos, constata-se que 80% deles são do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Nessa perspectiva, pode-se dizer que os dados apontam para a feminização da força de trabalho, tendência essa verificada por Luna (2008, p. 63) no estado de Mato Grosso, onde 55,4% dos gestores municipais de saúde eram do sexo feminino e 44,6% do sexo masculino.

Quanto à faixa etária dos estudantes, 25 indicaram estar entre trinta e 39 anos, correspondendo a 35,7% do total e equivalendo a uma força de trabalho jovem; e 32 alunos disseram ter de quarenta a 49 anos, equivalendo a um percentual de 45,7%. O predomínio desses dois conjuntos de idade aponta para uma expectativa de vários anos de atuação e de aproveitamento da capacitação recebida. Essas constatações coincidem com as encontradas em Mato Grosso pelo referido autor, de acordo com quem a maior parte dos profissionais de saúde concentrava-se nessas mesmas faixas etárias: 44,6% entre trinta e 39 anos e 31,1% entre quarenta e 49 anos (p. 61).

No que se refere à formação profissional (Tabela 1), destaca-se que, dentre os setenta alunos inscritos, 24 (34,3%) eram enfermeiros(as), nove (12,9%) pertenciam a outras áreas de formação e sete (10%) eram formados na área de Serviço Social. Ressalte-se que preponderou o percentual de alunos da área da saúde, aos quais se seguiram os da área de humanas, além daqueles pertencentes a outras áreas de formação profissional. Esse quadro põe em evidência a complexidade do Sistema Único de Saúde, que requer profissionais de todas as áreas.

Ainda com relação à área de atuação, quarenta (57,1%) inscritos inseriam-se na área de Administração, Gerência, Gestão e Planejamento e trinta (42,9%) em áreas como Assistência e Vigilância. O CEGSSS, apesar de voltado preferencialmente para profissionais de gestão, também foi frequentado por trabalhadores de áreas afins, contribuindo para um maior alcance dos objetivos inicialmente propostos, uma vez que disponibilizou para todos os níveis do sistema profissionais com formação em gestão. No entanto, este trabalho não tem como meta proceder a uma análise dessa natureza, ficando em aberto para uma próxima oportunidade.

Analisando o vínculo empregatício dos setenta alunos, verifica-se que havia 32 (45,7%) profissionais estatutários, 31 (44,3%) em cargo comissionado e sete (10,0%) prestadores de serviços. Considerando-se que um dos requisitos postos para a adesão ao curso foi uma carta de apresentação do gestor com a indicação do nome do aluno, compreende-se a predominância de estatutários e comissionados, ocupando cargo de confiança.

No caso deste último grupo, ressalte-se que os trabalhadores que o integram não usufruem de garantia de estabilidade empregatícia. Nesse conjunto de profissionais encontram-se os prestadores de serviço, que não possuem um vínculo permanente ou duradouro com o órgão a que estão vinculados, possivelmente tendo sido indicados para aqueles municípios nos quais há um quadro reduzido de funcionários e que não podem ter afastados por muito tempo os trabalhadores mais importantes ou mais comprometidos com a gestão, requerendo, ao mesmo tempo, formar novos quadros.

Tabela 1 - Perfil dos alunos das Turmas I e II do CEGSSS quanto ao sexo, faixa etária, formação profissional, área de atuação e vínculo empregatício

Perfil demográfico	nº	%	Total
Sexo			
Feminino	56	80	70
Masculino	14	20	
Faixa etária			
18 a 29 anos	6	8,6	70
30 a 39 anos	25	35,7	
40 a 49 anos	32	45,7	
50 a 59 anos	7	10	
Formação profissional			
Administrador	3	4,3	70
Economista	2	2,8	
Engenheiro Sanitário	3	4,3	
Biólogo	2	2,8	
Enfermeiro	24	34,3	
Médico	2	2,8	
Odontólogo	3	4,3	
Psicólogo	2	2,8	
Farmacêutico	6	8,6	
Fisioterapeuta	2	2,8	
Assistente Social	7	10	
Pedagogo	5	7,2	
Outras	9	12,9	
Área de atuação			
Administração/Gerência			70
Gestão	40	57,1	
Planejamento			
Assistência	30	42,9	
Vigilância			
Outras			

Vínculo empregatício			
Cargo comissionado	31	44,3	
Estatutário	32	45,7	70
Prestador de serviços	7	10	

Fonte: Dados Primário Fichas de Inscrição dos Alunos, 2007.

3.2 Distribuição dos alunos nos municípios contemplados pelo CEGSSS no estado de Mato Grosso

A Tabela 2 exibe os 141 municípios do Estado agrupados por porte populacional, o número das unidades territoriais favorecidas pelo CEGSSS e o número de alunos matriculados pelos municípios tomados individualmente. Das 76 (53,9%) localidades com até dez mil habitantes, quinze (19,7%) foram contempladas com dezoito (25,72%) alunos inscritos. Então, considerando-se que se tenha disponibilizado pelo menos uma vaga para cada município, a demanda do todo seria de pelo menos mais 61 vagas para os próximos cursos, atendendo o restante dos municípios inseridos nessa faixa populacional. Há, pois, que se suprir prioritariamente tal necessidade, porque, além de se tratar de municípios de pequeno porte, são áreas urbanas novas nas quais está sendo estruturada a rede municipal de saúde, além de geralmente estarem muito distantes da capital, o que dificulta a qualificação e a contratação dos profissionais qualificados.

Dos cinco municípios com população entre cinquenta e cem mil habitantes, quatro foram beneficiados com cinco alunos inscritos, e dos quatro municípios com mais de cem mil habitantes, três foram contemplados com catorze inscrições. Proporcionalmente ao número de municípios, é possível que aqueles com população superior a cinquenta mil habitantes sejam os que tiveram maior número de alunos inscritos. No entanto, esse resultado pode estar aquém das necessidades de profissionais qualificados na gestão municipal, considerando-se a complexidade e o número de unidades da rede nesses locais. Essa situação necessitaria de um diagnóstico mais preciso para quantificar e apontar como atender melhor essa realidade.

Tabela 2 - Distribuição dos municípios de Mato Grosso por número de habitantes, por municípios contemplados com vagas e por alunos matriculados no CEGSSS, Turma I e Turma II, 2007

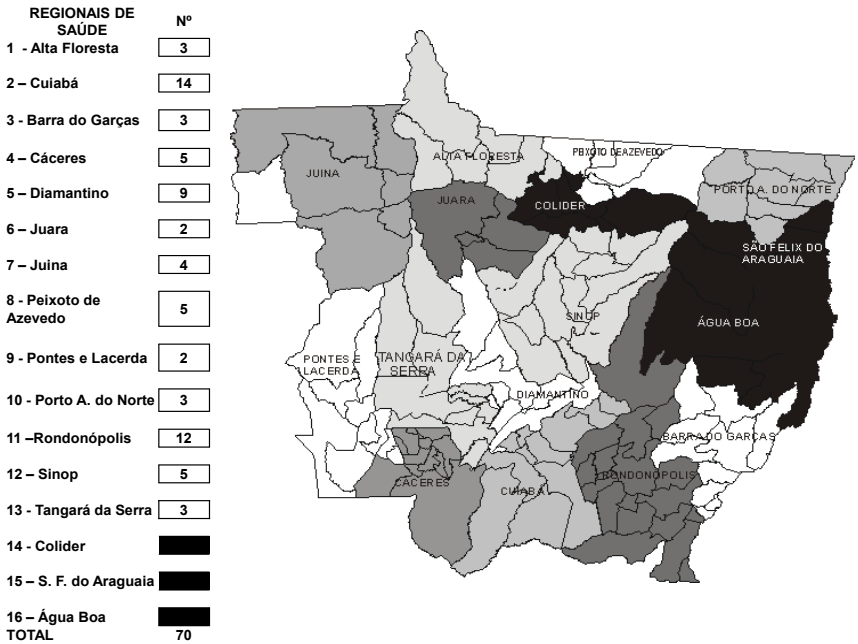
Habitantes*	Municípios do Estado segundo a população*		Municípios contemplados pelo CEGSSS**		Alunos matriculados por município de origem**	
	nº	%	nº	%	nº	%
até 10 mil	76	53,9	15	19,7	18	25,72

> 10 até 20 mil	36	25,5	17	47,2	19	27,14
> 20 até 50 mil	20	14,2	10	50,0	14	20,00
> 50 até 100 mil	5	3,5	4	80,0	5	7,14
> 100 mil	4	2,8	3	75,0	14	20,00
Total	**141**	**100,0**	**49**	**100,0**	**70**	**100,00**

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007.
Dados Primários, 2007.

Na Figura 1 visualiza-se a distribuição dos alunos nas microrregiões do Estado, que coincidem com os escritórios regionais de saúde existentes, totalizando dezesseis unidades, das quais treze foram contempladas e apenas três não apresentaram inscritos (aquelas delimitadas pelas áreas mais escuras do mapa), com o que se percebe o alcance geográfico e estratégico do CGSSS:

Figura 1 - Distribuição dos alunos do curso (Turma I e Turma II) nas microrregiões de Mato Grosso e Escritórios Regionais de Saúde, 2007



Fonte: Dados Primários Fichas de Inscrição dos Alunos, 2007.

3.3 Custo do curso

Na Tabela 3 evidenciam-se o custo total do CEGSSS e o valor executado por aluno concluinte durante o desenvolvimento do curso nas turmas I e II. O aluno concluinte da Turma I foi taxado em R$ 5.882,00 e o da Turma II, em R$ 5.375,00. No primeiro caso incluíram-se aquisição de equipamento através de recursos aditivos, o que não ocorreu no segundo caso, que correspondeu à diferença do custo entre as duas turmas. O custo referente aos alunos desistentes foi diluído no valor gasto por aluno concluinte, especialista e aperfeiçoado, de sorte que não aparece especificado na tabela.

Na investigação desenvolvida por Duarte (2001), o custo médio por aluno concluinte em cursos de especialização anteriores foi de R$ 4.369,38. Considerando-se, então, o tempo decorrido entre esse estudo e os dados do CGSSSS aqui apresentados, a diferença pode ser considerada aceitável, haja vista o quê não ter sido inviabilizado perante o órgão financiador.

Ressalta-se que havia ainda os custos indiretos não computados e de atribuição das secretarias municipais de saúde, os quais eram destinados aos alunos que moravam no interior do Estado. Essas despesas referiam-se a gastos com passagens e locomoção, hospedagem e alimentação, figurando como uma ajuda de custo que acabava por incentivar os educandos nos estudos, esperando-se, em contrapartida, o retorno dos conhecimentos do servidor para os diversos setores da SMS, principalmente na área da Gestão.

Tabela 3 - Valores orçados, recursos aditivos, rendimentos de aplicações financeiras e valores executados (em reais) do CEGSSS, por turma e aluno

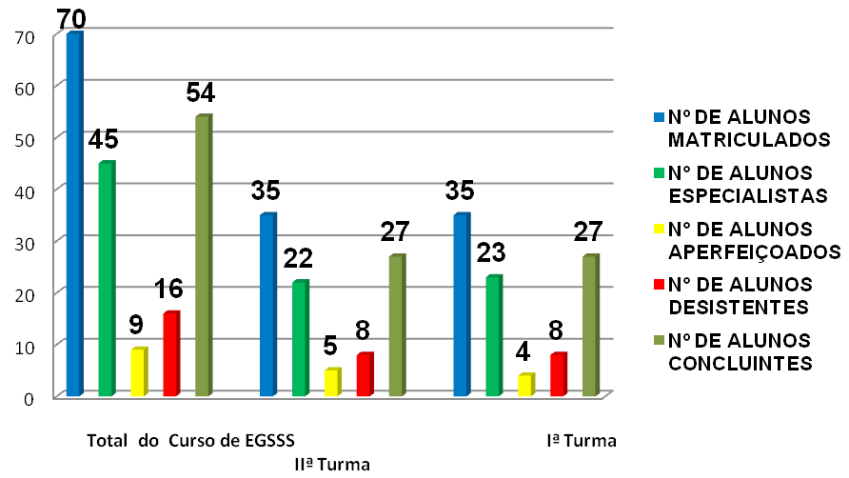
	Valores orçados (em reais)				Valores executados (em reais)	
Turma	por turma	por aluno matriculado	Recursos aditivos	Rendimentos de aplicações financeiras	por turma	por aluno concluinte
I	128.000	4.537	30.805	-	158.805	5.882
II	142.400	4.069	-	2.716	145.116	5.375
Total	**270.400**	-	**30.805**	**2.716**	**303.921**	**5.628**

Fonte: Dados Primários Relatório Final do Curso, 2007.

O Gráfico 1 expressa o aproveitamento dos alunos no CEGSSS, o qual foi semelhante nas duas turmas: dos setenta inscritos, 43, sendo 21 na Turma I e 22 na Turma II, finalizaram o curso com monografia e título de especialização; e dezoito alunos, nove na Turma I e nove na Turma II, encerraram com aperfeiçoamento, ou seja, com todas as disciplinas teóricas terminadas, mas sem a conclusão da mono-

grafia e, por conseguinte, o recebimento do título de especialista. Os desistentes nas duas turmas somaram o número considerável de dezenove alunos, cujos motivos deviam ser mais bem avaliados, pois as vagas abandonadas poderiam ter sido destinadas a outros candidatos e/ou municípios.

Gráfico 1 - Distribuição e aproveitamento dos alunos do CGSSS, Turma I e Turma II, 2007



Fonte: Dados Primários do Relatório Final do Curso, 2007.

3.4 Metodologia adotada e a pertinência das disciplinas na prática profissional

Os dados aqui apresentados basearam-se em parte do conteúdo do formulário aplicado, ao final de cada módulo das oito disciplinas, a cada aluno, sem que obrigatoriedade da identificação do aluno e de responder o questionário distribuído, devido ao que houve diferença na quantidade dos instrumentos devolvidos e nos valores contabilizados.

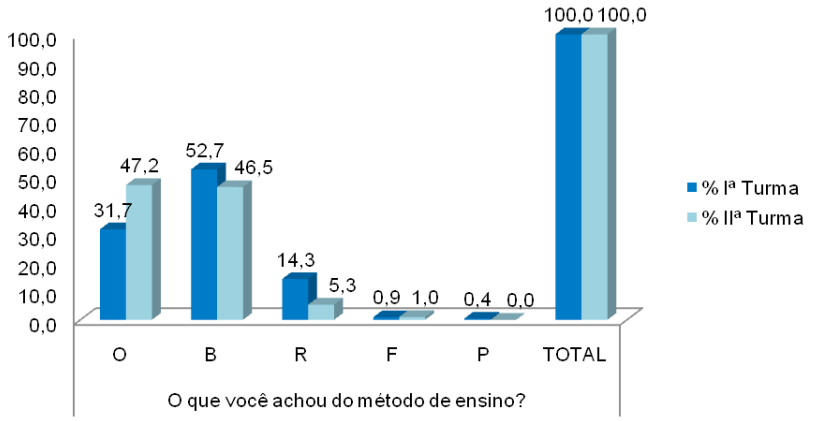
Essa estratégia serviu para analizar as disciplinas quanto à metodologia e os objetivos, bem como para verificar se a disciplina em questão, na percepção do aluno, oferecia suporte para mudança na prática diária. Foram estas as opções dadas aos respondentes em seu julgamento: O - Ótimo, B - Bom, R - Regular, F - Fraco e P - Péssimo; e no item da autoavaliação: "sim", "não" ou "+-".

3.5 Avaliação da metodologia e dos objetivos das disciplinas

No Gráfico 1 encontram-se registradas as respostas à pergunta "O que você achou do método de ensino?", assim distribuídas: 223 da Turma I e 303 da

Turma II, no total das oito disciplinas. Da Turma I para a Turma II o percentual de ocorrências da opção "O" foi apresentado em uma ordem crescente: 31,7% na I e 47,2% na II; enquanto isso, as opções "B" e "R" foram expressas em uma ordem decrescente para as mesmas turmas. As respostas "R", "F" e "P", isoladas ou em conjunto, possuem valor pouco expressivo. Este resultado pode ser indicativo de aprimoramento na metodologia adotada ao longo do curso.

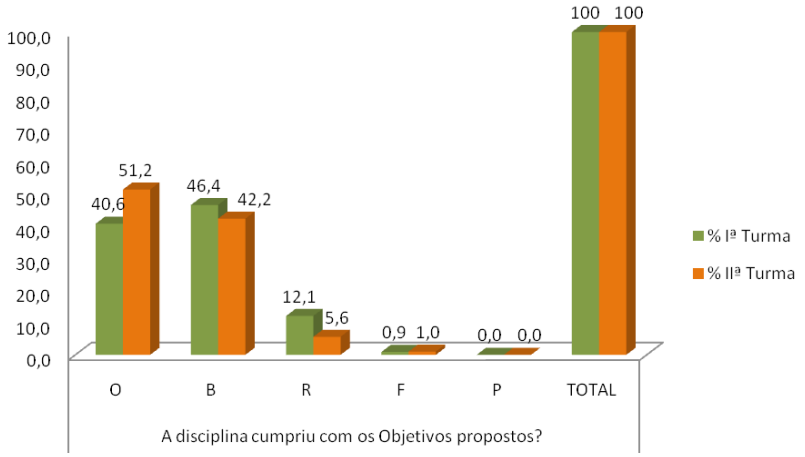
Gráfico 1 - Avaliação do método de ensino do CGSSS, Turma I e Turma II, 2007



Fonte: Dados Primários dos Formulários de Avaliação do Curso, 2007.

No Gráfico 2 encontram-se registradas as respostas à pergunta "A disciplina cumpriu com os objetivos propostos?", totalizando 224 respostas na Turma I e 301 respostas na Turma II. O resultado é semelhante ao obtido com a pergunta anterior: da Turma I para a Turma II o percentual de ocorrências da opção "O" foi apresentado em uma ordem crescente; enquanto isso, as opções "B" e "R" foram expressas em uma ordem decrescente para as mesmas turmas. Essas constatações indicam que as disciplinas cumpriram os objetivos na visão do aluno, podendo-se supor também que houve um aprimoramento das disciplinas da Turma II ao longo do curso.

Gráfico 2 - Avaliação dos objetivos das disciplinas do CGSSS, Turma I e Turma II, 2007



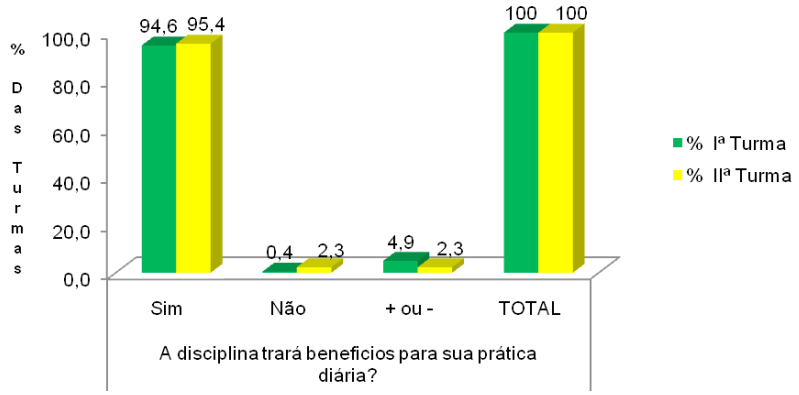
Fonte: Dados Primários dos Formulários de Avaliação do Curso, 2007.

Os resultados nas avaliações da metodologia e objetivos das disciplinas apontaram a satisfação dos alunos com o CGSSS, demonstrando-se maior credibilidade ao desenvolvimento da metodologia aplicada e, por conseguinte, a possibilidade de se mantê-la nas turmas vindouras.

3.6 Avaliação das disciplinas na aplicabilidade na prática diária e na mudança de conduta do aluno

No gráfico 3 apresenta-se o somatório das respostas válidas para a pergunta "A disciplina trará benefícios para a sua prática diária?" Os dados referem-se a sete disciplinas analisadas, do total de oito ofertadas pelo curso, tendo-se registrado 224 respostas na Turma I e 298 na Turma II. Responderam "sim" 94,6% participantes da Turma I e 95,4% da Turma II, sendo, portanto, irrelevante o percentual negativo captado em ambas as turmas ("não" ou "mais ou menos", com apenas 0,4% e 2,3%, respectivamente). Acredita-se ser esse um excelente resultado em relação ao desenvolvimento do curso, pois o aluno identificou o impacto positivo das disciplinas na em sua função de gestor.

Gráfico 3 - Avaliação das disciplinas do CGSSS em sua prática diária, Turma I e Turma II, 2007

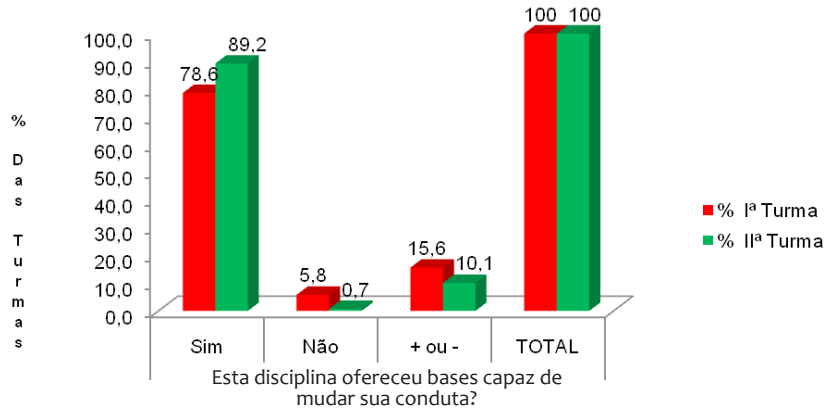


Fonte: Dados Primários dos Formulários de Avaliação do Curso, 2007.

No Gráfico 4 a pergunta "Esta disciplina ofereceu bases capazes de mudar sua conduta?" recebeu um total de 224 respostas na Turma I e 295 na Turma II. As avaliações positivas atingiram um percentual de 78,6% na Turma I e de 89,2% na Turma II. O somatório das respostas "não" e "mais ou menos" foi de 21,4% na Turma I e de 17,1 na Turma II. O resultado para as respostas positivas foi alto em ambas as turmas, embora tenha sido maior na segunda.

Esses dados apontam que o aluno teve facilidade para perceber a aplicabilidade prática dos conteúdos apreendidos na disciplina, mas encontrou certa dificuldade em mudar a forma de desenvolver o trabalho, o que, porém, não diminuiu o alcance e a eficiência da proposta do CGSSS, que cumpriu o seu papel de disseminar conhecimentos na formação de gestores municipais. Há de se considerar que determinadas mudanças não dependem exclusivamente dos conhecimentos proporcionados pelas capacitações, mas envolvem elementos que podem fugir da governabilidade do profissional.

Gráfico 4 - Avaliação da disciplina do CGSSS como base para a mudança da conduta do Aluno do Curso, Turma I e Turma II, 2007



Fonte: Dados Primários dos Formulários de Avaliação do Curso, 2007.

4 Considerações finais

Houve, certamente, uma construção coletiva da proposta do curso, cujos objetivos foram alcançados na metodologia, como na capacidade da mudança do aluno em atividade na área da saúde, atendendo ao objetivo da educação permanente, que é transformar as práticas profissionais e a própria organização dos serviços.

A metodologia aplicada ao curso, direcionada ao âmbito da gestão, procurou qualificar os trabalhadores já atuantes ou a formação de futuros gestores para atuarem nos municípios mato-grossenses, marcados por diferentes características, como as grandes distâncias entre seus territórios e sua diversidade populacional e financeira. A amplitude dos municípios contemplados pelo CGSSS sugere um bom alcance no desempenho de sua função.

Então, o curso foi construído para formar gestores e habilitados para atuar na área da saúde. Nesses termos, é preciso considerar o número expressivo de profissionais do campo das Ciências Humanas e Tecnológicas, implicando a necessidade e a diversidade dos serviços exigidos na área da saúde e a urgência de se propiciar qualificação aos profissionais com outra formação para o SUS.

Para a Turma I do curso o orçamento financeiro foi maior que o apresentado para a Turma II, por ter ocorrido a compra de alguns equipamentos através de recursos aditivos e destinados ao atendimento do curso durante o desenvolvimento, além de pagamentos complementares à pessoa física e para material de consumo,

o que não aconteceu na Turma II, para a qual foram otimizados os recursos financeiros.

A oferta contínua do curso com a abertura de novas turmas é uma necessidade premente e terá importância fundamental, pois todos os municípios do Estado terão a oportunidade de agregar ao seu quadro de funcionários da saúde pelo menos um profissional especializado, uma vez que os gestores são mudados constantemente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente. Brasília, 2004.

CASTRO, Janete Lima de; FORMIGA, Jacinta Maria Moraes; VILAR, Rosana Lúcia Alves (Org.). **Política e gestão em saúde:** reflexões e estudo. Natal: Ed. Observatório de Rh NESC/UFRN, 2006. 346p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE (CONASS). **Projeto do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**. Cuiabá, 2004.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS). **Relatório de Atividades e a Prestação de Contas - 2001 a 2007**. Cuiabá, 2007.

DUARTE, Elisete. **Avaliação da Implementação dos Cursos de Especialização da Área da Saúde - 1997 e 1998**. Dissertação (Mestrado em 2001) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2001. 108f.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA. **Projeto de aprovação do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde - 2004 e 2005.** Cuiabá, 2004.

_____. Núcleo de Desenvolvimento. **Plano de Trabalho do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde - 2005 / 2006**. Cuiabá, 2004.

_____. **Relatório de atividades**. Cuiabá, 2005.

_____. **Relatório de Produção Capacitação de Recursos Humanos para o SUS/ ISC**. Cuiabá, fev. 2007.

LUNA, Stella Maris Malpici. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do estado de Mato Grosso**. Cáceres: Editora Unemat, 2008.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing *et al*. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 248-274, maio/dez. 2006.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. Manual de Elaboração de Trabalho Acadêmico-Cientifico: como fazer teses em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. **Resolução CONSEPE nº 56**, de 30 de maio de 2005. Aprova a criação da Turma I do CEGSSS. Cuiabá, 2005.

NÚCLEO DE DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS, 1984-1992

Patrícia dos Santos Arruda[24]
Nina Rosa Ferreira Soares[25]

1 Introdução

O Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS) foi criado, em 1984, com a finalidade de agregar docentes das faculdades de medicina, enfermagem e nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) para a elaboração de uma política de pós-graduação e de projetos de pesquisa e extensão. Isso ocorreu logo após a execução do projeto Programa Integrado de Desenvolvimento do Noroeste do Brasil (POLONOROESTE), que reuniu professores e alunos da UFMT e pesquisadores de instituições municipais, estaduais e federais, objetivando estabelecer a aproximação entre a academia e as organizações formuladoras e executoras da política de saúde no estado de Mato Grosso.

As atividades organizadas pelo NDS foram de muita importância para o Estado, pois propiciaram tanto a capacitação de Recursos Humanos quanto a cooperação técnica com os municípios e a constante elaboração de projetos voltados à implementação do Sistema Único Saúde (SUS). A partir desse contexto, foi pensada, então, a criação de um instituto que, além de manter a estrutura do NDS, ampliasse as ações voltadas para a saúde coletiva.

Criou-se, assim, em 1992, o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), unindo entre si as áreas de Saúde Pública dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, com o que o referido núcleo tornou-se parte integrante da nova estrutura, bem como o Centro de Saúde Escola.

O estabelecimento do ISC foi um marco para a saúde pública do estado de Mato Grosso e, ao longo desses quase vinte anos, já promoveu mais de doze cursos de especialização em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Saúde da Família, e o Mestrado em Saúde Coletiva, que desde 1993 vem capacitando profissionais de todo o território mato-grossense.

O NDS foi, desse modo, uma forma encontrada pela UFMT de aproximar-se dos serviços de saúde, principalmente dos gestores do SUS de vários mu-

24 **Biomédica, vinculada ao Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato** Grosso (NDS/ISC/UFMT), egressa da Turma IV do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSSS).

25 **Assistente Social, mestre em Educação, técnica do ISC/UFMT.**

nicípios do Estado, produzindo pesquisa, ensino e extensão, tripé tão valioso para a qualificação de Recursos Humanos. Em face disso, o objetivo principal traçado para este estudo foi descrever a trajetória do NDS, focalizando as ações desenvolvidas antes da instituição do ISC e sua importância para o fortalecimento da gestão do SUS.

Para tanto, foi descrito o processo de criação do núcleo, as atividades desenvolvidas no período de 1984 a 1992 e seus principais projetos voltados para a gestão do SUS. Esse trabalho foi realizado através da análise de todos os documentos produzidos pelo NDS no período estudado.

Diante da dificuldade de se chegar a alguns documentos, fez-se necessária a realização de entrevistas com informantes-chaves que apoiaram e participaram da dinâmica de implantação do órgão. As entrevistas seguiram um roteiro previamente estabelecido e aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (Parecer nº 656 CEP HUJM/09), após o que foram transcritas e utilizadas complementarmente às informações obtidas a partir dos documentos encontrados.

2 As políticas de saúde e o aparecimento de núcleos de estudo nas universidades

O cenário político dos anos 70 foi marcante para a história do Brasil, pois teve início ainda no regime militar (1964-1979) e terminou com o decreto da Lei da Anistia, em 1979 (BRASIL, 1979). Nesse período, ocorreu a liberalização da política, extinguindo-se os partidos que vigoraram durante a Ditadura, a Aliança da Renovação Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), entrando em cena seis novos partidos. A redefinição das alianças políticas, naquele momento, tinha como objetivo o fortalecimento da política nacional de construção de um regime democrático, instituído com a eleição indireta de Tancredo Neves, em 1985.

Na tentativa de não se esfacelar, o governo militar impôs uma política de arrocho salarial, resultando na queda do poder aquisitivo dos assalariados e, conseqüentemente, na concentração de renda nas classes abastadas, aumentando a desigualdade social. Mas, nem assim o Estado deixou de apresentar fissuras e então, os movimentos sociais se fizeram presentes.

À época, presenciou-se um crescimento significativo no campo econômico, inaugurando uma fase a que nomearam de "milagre econômico", a qual, porém não perdurou muito, entrando em declínio no ano de 1977. Ademais,

> [...] essas mudanças estiveram associadas ao aumento da população urbana, com queda das atividades rurais e crescimento do emprego nas cidades em atividades vinculadas principalmente ao setor secundário e terciário. O fenômeno social da urbanização e da migra-

> ção rural deve ser observado com atenção, pois traria implicações diretas para a política de saúde (FALEIROS *et al*. *apud* FONSECA, 2006, p. 56).

O fim do "milagre econômico" foi marcado pelo surgimento da crise no modelo da política de saúde adotado até então e pela diminuição dos recursos aplicados na saúde, período caracterizado por muitas manifestações populares em prol de melhores condições de vida. Na Conferência de Alma-Ata, organizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os países reconheceram a Atenção Primária em Saúde e a participação comunitária como principais estratégias para conquistar a meta "Saúde para todos no ano 2000".

Nesse sentido, aspirou-se a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (PREV SAÚDE), que defendia o princípio da hierarquização dos serviços, designando-se à Atenção Primária o *status* de porta de entrada do sistema de saúde, e a regionalização e a participação comunitária como diretrizes para as suas ações. O objetivo central definido na proposta era estender para 90% a cobertura de cuidados primários em saúde a toda a população (SILVA, 1998). Só que, infelizmente, o governo recuou da questão participativa e o PREV SAÚDE foi engavetado.

Durante a discussão sobre o programa, foi criado, em 1976, o Centro de Estudos Brasileiro em Saúde (CEBES), que canalizou o debate para as políticas de saúde. O CEBES conseguiu aglutinar, agregar e conduzir o movimento sanitário, formado não somente por sanitaristas, mas por estudiosos da saúde e por intelectuais atuantes nas universidades em que eram estudadas as políticas públicas. Na verdade, o CEBES foi um importante espaço de divulgação, de propagação de ideias - bem como de luta propriamente dita - pela Reforma Sanitária Brasileira. E essas manifestações ganharam força, em especial, com a criação da revista *Saúde em Debate*, em 1976, por David Capistrano, a qual se tornou um dos periódicos mais lidos pelos jovens estudantes daqueles tempos (FALEIROS *et al.*, 2006).

O movimento sanitário surgiu ainda em meio à Ditadura e em pouco tempo ganhou força e muitos aliados. No início dos anos 80, definia-se como

> [...] conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto [...], cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica [construção do saber], a prática ideológica [transformação da consciência] e a prática política [transformações das relações sociais]. (FALEIROS *et al*. *apud* CARVALHO, 1998, p. 73).

Nesse cenário de contradições e crises, o sistema previdenciário decretou sua falência, e o debate público sobre a necessidade de mudanças chegou ao Congresso Nacional. Foi criado o Conselho Nacional de Administração de Saúde e

Previdência (CONASP), que deveria atuar na melhoria da assistência médica e na racionalização dos recursos da previdência. Ainda, como uma medida definida pelo CONASP, foi elaborado o Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS), que introduziu o planejamento sanitário nos Estados.

Muitos estudos surgiram sobre o modelo de saúde vigente no país, julgando tratar-se de um sistema irracional, no qual se gastava mais do que se recebia, deixando de atender a população. Entretanto, como se vivia em plena ditadura, esses estudos não circulavam facilmente; apenas professores e técnicos das universidades tinham amplo acesso ao seu conhecimento.

Em 1979, logo após a criação do CEBES, foi estabelecida a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (ABRASCO), de fundamental importância tanto para o ensino voltado para a saúde coletiva, perspectiva que naquele momento era crescente no país, quanto para discussão da política vigente. Pode-se dizer, então, que a ABRASCO foi um ator de relevância no redesenho político e nas alterações da política nacional de saúde.

Nesse processo de luta pela democracia, a associação teve parceiros de peso, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). A SBPC, em especial, atuou com destaque na organização de fóruns de oposição ao governo, tendo sofrido muitas ameaças por isso. E foi nesses fóruns que a ABRASCO acentuou sua participação política e configurou o seu perfil, marcado pela ligação entre formação profissional e atuação política.

O apoio da ABRASCO às eleições diretas para presidente foi fundamental pois, no momento em que a população saiu às ruas para exigir seu direito de eleger seu representante no governo da nação, a pronunciou-se com estes termos em um de seus boletins:

> A ABRASCO, entidade com finalidade que excluem a militância partidária, não hesitou em se pronunciar pelas eleições diretas. Incorpora-se oficialmente ao movimento que envolve a nação como um todo e que esta acima dos próprios partidos políticos. Mas não é apenas por ser um movimento suprapartidário que a luta pelas diretas exige a presença da ABRASCO: do sucesso desta luta dependem os rumos do país e, portanto, das políticas relacionadas à área social, aí incluídas a da saúde e da educação (BOLETIM ABRASCO, nov. 1983-fev. 1984).

Na área social, muitas mudanças também aconteceram a partir dos anos 70, como o crescimento do movimento sindical, que reintroduziu o cenário das greves por categorias profissionais. Ao mesmo tempo, surgiu a participação popular, através das igrejas, das associações de bairros e dos movimentos sociais das periferias das grandes cidades, em luta pelo acesso aos serviços de saúde.

A década de 80 foi um marco em relação ao controle social, tendo as pessoas se reunido para discutir a mudança da relação Estado-sociedade, e a

> [...] área das políticas públicas, singular por ter o controle social como principio, adquire uma centralidade na luta democratizante do período da mudança e seu impacto no conjunto das políticas. Em torno dela, vão sendo mobilizadas múltiplas forças da sociedade civil e do aparelho de Estado e travados muitos embates, em diversos planos, que condensam uma experiência inovadora, ainda em curso na realidade (FALEIROS *et al*., 2006 *apud* JORGE, 2006, p. 21).

No debate sobre a mudança do modelo de saúde no país, o movimento instalado envolvia não só a população, mas também os estudiosos inseridos nas universidades, tendo-se criado vários núcleos de discussão e atuação em prol do desenvolvimento de projetos na área de Saúde Coletiva.

Nesse sentido, surgiram, entre outros: o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), em 1983, junto à Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), em 1986, ligado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO), associado às universidades estaduais de Londrina, Ponta Grossa e Maringá, mas com sede no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina; e o NDS, em 1984, ligado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFMT.

O NESCON surgiu em meio ao processo da Reforma Sanitária, tendo por esse motivo passado a ser chamado de Núcleo de Apoio à Reforma Sanitária. Nesse cenário, o espaço acadêmico era um produtivo meio de estabelecimento de estratégias para viabilizar novas políticas.

Da mesma forma, o NESP foi um grande aliado na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo participado ativamente da Coordenação da Plenária Nacional de Saúde, que lutou para inserir a participação social como uma das diretrizes do SUS.

A criação do NESCO ligava-se ao processo de Reforma Sanitária, tendo a entidade desempenhado papel de relevância no contexto de seu surgimento, uma vez que abrigou durante muitos anos a produção da revista *Saúde em Debate* que é uma das mais relevantes publicações na área da saúde coletiva de todo país.

Do exposto, depreende-se que as universidades tiveram um papel muito importante em todo esse processo, pois sua atuação extrapolou os limites da área acadêmica, também propiciando a implantação desses núcleos, que foram chamados de apoiadores da Reforma Sanitária. E o nível de integração das universidades com os serviços públicos acentuou-se em decorrência da oferta aos municípios de cursos de especialização na área da saúde e de participação em assessorias técnicas,

considerando-se suas necessidades reais, mas sem perder de vista a sua atribuição histórica, que é estimular e propiciar a produção de conhecimentos.

3 A criação do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde e o consequente fortalecimento da gestão do SUS em Mato Grosso

A Pesquisa em Saúde Pública no POLONOROESTE, financiada pelo Banco Mundial, tinha como objetivo diagnosticar, as demandas de saúde, o perfil epidemiológico e o inquérito soroepidemiológico das principais doenças nos municípios situados em torno da BR-364. Esse trabalho evoluiu para a constituição de um grupo de saúde pública constituído por docentes dos departamentos de Nutrição, Enfermagem e Medicina, os quais visavam a realização de pesquisas que estivessem relacionadas com os serviços de saúde disponibilizados no estado de Mato Grosso.

Com a experiência adquirida pelos pesquisadores do POLONOROESTE, passou-se a discutir a criação de uma estrutura formal para a realização desses estudos, uma instância que pudesse congregar os docentes e discentes dos departamentos da UFMT e as instituições conveniadas. O núcleo de pesquisa foi idealizado pelo Coordenador da Pesquisa do POLONOROESTE, o Prof. Severino Márcio Pereira Meirelles, então docente do Departamento de Medicina daquela instituição de ensino superior. Essa proposta fundamentou-se em um estímulo dado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em um seminário sobre a "Formação de Recursos Humanos" e decorrente de outras experiências concretizadas dentro da universidade, que já possuía em sua organização dois núcleos criados pelo departamento história: o Núcleo de Documentação e Informação Histórica Regional (NDIHR) e o Centro de Estudos e Pesquisa do Pantanal, Amazônia e Cerrado (GERA) (MEIRELLES, 1986).

> Os Núcleos que surgiram vinculados as Universidades, a maioria, eu acho que é desse período, mas o NDS, ele foi fundado em 1984, não tenho muita certeza, mas foi por ai em um contexto político geral de luta pela redemocratização do país, no governo militar, não se pode esquecer que 1984 é o ano das diretas, um grande movimento das diretas já, então havia uma efervescência de participação de lutas pela democracia do país. Havia uma crise financeira causada pela ditadura, que repercutia na governabilidade da ditadura. Nós tínhamos tido ai um sério problema de déficit, o pais estava realmente em uma grande divida externa, um problema de ordem econômica, política e isso também gerou um contexto de crise no próprio campo da saúde porque a saúde estava nesse momento atravessada não só nessas contradições, mas também sob uma discussão sobre modelo, que tipo de política que se queria, nesse início da década de 80 houve uma efervescência, também muito grande da relação saúde e democracia, grandes debates sobre democracia

> trazidos por várias instituições como CEBES como ABRASCO, havia um contexto de Reforma das Políticas Públicas, então a Previdência Social que era toda poderosa e cheia de dinheiro, ela estava em crise também, não estava conseguindo manter o funcionamento dos direitos e garantir a assistência a saúde de qualidade, nesse contexto surge várias iniciativas de reforma, como plano CONASP, depois as AIS isso no inicio da década de 80 e um ressurgimento da importância da saúde pública no contexto brasileiro e internacional, sobre o fluxo da famosa Conferência de Alma Ata onde se definia, em 1978 onde se definiu: Saúde para todos no ano 2000, nós já passamos de 2000 e não teve saúde para todos, valeu a intenção. Nesse momento tinha toda aquela movimentação e focada sobre tudo aos cuidados primários de saúde, então esse é um contexto mundial, um contexto nacional favorável a saúde. Isso se repercutiu em Mato Grosso, sobretudo no âmbito da Universidade onde se tinha os cursos de saúde recém instalados, o curso de Medicina começou em 1980, Enfermagem já tinha começado, Nutrição um pouquinho antes, Serviço Social um pouquinho antes, mas enfim, e neste contexto dos cursos de saúde se discutiu muito a importância de ter um eixo que nucleasse na área da saúde e havia essa intenção que o eixo fosse o eixo da saúde pública, uma percepção sem a visão individualista da saúde. (Informante-chave 1).

Em Mato Grosso, a formação de especialistas na área da Saúde Pública teve início em 1980, a partir da parceria estabelecida entre a UFMT, num primeiro momento, com a Universidade de São Paulo (USP) e, num segundo momento, com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Assim, foram formados os primeiros sanitaristas do Estado, o que causou um impacto na Política Estadual de Saúde. Os cursos eram coordenados pela Secretaria de Pós-Graduação (SPG), conforme expresso neste relato:

> [...] nós tínhamos tido aqui na Universidade um dos primeiros cursos de especialização em Saúde Pública realizado em Mato Grosso em 1980 uma parceria da Universidade com a USP com a Faculdade de Saúde Publica da USP no ano seguinte tivemos um segundo curso de especialização com a ENSP e o pessoal também da Universidade e daí desse movimento desses cursos, que formaram os primeiros quadros da saúde publica no estado, formaram os primeiros sanitaristas do Estado. De modo a começar influir na política das instituições. (Informante-chave 1).

Vários movimentos surgiram em torno desses cursos de especialização, tendo um deles se organizado a favor da criação do Centro de Saúde Escola. Nesse estabelecimento, situado em um bairro pobre de Cuiabá, os estudantes dos diversos cursos da área de Saúde da UFMT realizavam as práticas aprendidas durante o curso no qual eram matriculados. Essa foi uma iniciativa inovadora no campo acadêmico e beneficiou não só os alunos, mas também a população como um todo:

> [...] a criação do Centro de Saúde Escola em 1982, eu fui do grupo do Centro de Saúde Escola, eu estava na Faculdade de Medicina e ajudei a fundar o Centro de Saúde Escola que a gente via como grande espaço das práticas de saúde voltadas para a coletividade que na época a nossa ambição era mostrar que era possível um Centro de Saúde Escola funcionar bem não tínhamos maior ambição que essa, e a Universidade teve uma parceria com o estado e desenvolveu o Centro de Saúde Escola que tinha vários profissionais da medicina, da Nutrição que trabalhavam essas experiências [...] (Informante-Chave 1).

A partir do movimento desses especialistas e da criação do POLONOROESTE, surgiu o NDS, que a princípio foi idealizado para realizar pesquisas ligadas aos serviços de saúde do Estado e dos municípios. "[...] o movimento foi o da criação do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS) que teve um perfil voltado à pesquisa, ele foi idealizado e implementado por um colega recém chegado, que tinha terminado o seu doutorado na USP de Ribeirão Preto que foi o Severino Márcio Meirelles." (Informante-chave 1).

Foi assim que, em 1984, surgiu o NDS, cujo princípio básico era o desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde pública em todas as áreas de Saúde, inter-relacionando os serviços de saúde com a universidade e fomentando, assim, a integração entre essas instâncias. O regimento elaborado para o funcionamento do NDS foi aprovado pela Sub-Reitoria de Pesquisa e Ensino em Pós-Graduação da UFMT, em 28 de março de 1984.

Desse modo, o NDS era vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) e seguia as diretrizes da Sub-Reitoria de Pesquisa e Ensino de Pós Graduação. Sua finalidade era atender à organização administrativa da universidade, para que os professores passassem a ter em sua carga horária espaço para a realização das pesquisas e, segundo o regimento da entidade, permanecessem lotados no NDS até as finalizar.

Considerando-se o contexto nacional, o NDS surgiu em um momento muito peculiar da história da Saúde Pública, quando ocorriam muitas mudanças, conforme demonstrado anteriormente. Assim, o NDS surgiu em meio à discussão da Reforma Sanitária Brasileira. No Estado, essa discussão foi introduzida não só através do meio acadêmico, mas também do campo político. Na verdade, o NDS foi o embrião da discussão em torno da Reforma Sanitária instalada em Mato Grosso:

> A informação do surgimento do NDS vinha da necessidade de se ter na UFMT um setor que discutisse os preceitos do movimento da Reforma Sanitária e principalmente pudesse trabalhar com as demandas geradas pelo convênio Polonoroeste com financiamento do Banco Mundial, que previa ações de investimento na formação de recursos humanos na área de saúde pública. (Informante-chave 2).

O NDS também coordenou cursos de especialização em Saúde Pública, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), e em Medicina do Trabalho, o que aponta para o fato de que, além de desenvolver pesquisas, o núcleo contribuiu substancialmente na formação de profissionais especialistas, conforme relata um dos entrevistados: "O NDS desenvolvia atividades de execução dos Cursos de especializações articulado com órgãos de formulação de políticas de saúde; tais como o COSEMS e ainda, desenvolve projetos de cooperação técnica com agencias operativas do SUS." (informante-chave 2).

Alguns projetos tiveram destaque, como aquele que propunha a elaboração de uma metodologia de análise das leis orgânicas municipais, tendo reunido representantes da sociedade civil e vereadores em vários fóruns para a discussão essas leis. Outros projetos importantes foram estes: a municipalização em Mato Grosso, no qual foi feita uma análise desse processo no Estado, e a cooperação técnica, para assessorar os secretários municipais de saúde na organização dos sistemas municipais e a criação de secretarias municipais de saúde em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Para tanto, o NDS contava com uma equipe técnica qualificada, que não era formada somente por integrantes dos quadros da UFMT; profissionais de serviços também atuavam diretamente nas ações desenvolvidas.

As atividades desenvolvidas pelo NDS começaram a ter uma importância significativa, pois constantemente elaborava projetos e dava continuidade à cooperação técnica com os municípios do Estado e à parceria com a SES/MT. A partir daí foi pensada a criação de um instituto de saúde que contasse com algumas características do NDS, mas tivesse a possibilidade de regularizar a participação dos profissionais do serviço, os quais passariam a integrar essa nova estrutura.

Assim, por congregar profissionais da saúde de todos os departamentos, uma proposta maior foi elaborada em 1990, a criação do ISC, cuja concretização só ocorreu em 1992, com a reforma administrativa da UFMT. O ISC herdou toda a estrutura física do NDS e assumiu o importante papel de capacitar os professores da saúde na área de Saúde Coletiva, o que antes era atribuição do departamento de origem. A partir da experiência acumulada pelo NDS com os cursos de especialização, discutiu-se um projeto para a oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva para a formação do "pesquisador interdisciplinar".

Desde então, o NDS passou a fazer parte do ISC, atuando como um núcleo de pesquisa e extensão, mas não perdeu suas funções principais: propiciar a cooperação técnica e a produção de conhecimento em parceria com os serviços de saúde do estado de Mato Grosso.

4 Considerações finais

Neste trabalho procurou-se fazer uma descrição da trajetória do NDS, desde a sua criação até a implantação do ISC, em 1992, dando ênfase às principais atividades desenvolvidas por aquele órgão.

Tais ações foram de muita importância para o estado de Mato Grosso, primeiramente na formação de especialistas nas áreas de Medicina do Trabalho e Saúde Pública e, em um segundo momento, nas discussões de leis orgânicas e no desenvolvimento de outros projetos relevantes destinados a assessorar as secretarias municipais de saúde na organização dos sistemas municipais, em parceria com o COSEMS.

Assim, a importância deste estudo reside em evidenciar que o NDS, como os demais núcleos de saúde pública do Brasil, foi um espaço de grande relevância para Mato Grosso não apenas pelas ações desenvolvidas, mas também por viabilizar a criação do ISC, que até os dias de hoje vem atuando em conjunto com o Estado e os municípios no processo de formação profissional e no fortalecimento da gestão do SUS.

Referências

MATO GROSSO. Universidade Federal de Mato Grosso. Núcleo de Desenvolvimento em Saúde. **Plano de Trabalho Anual do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde:** 2005/2006. Cuiabá: UFMT, 2005.

BRASIL.Universidade Federal de Mato Grosso. **Normas Internas do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**. Cuiabá, Revista da Universidade Federal de Mato Grosso, n. 3, ano IV, p. 14-8. Set. – Dez, 1984

_____. _____. _____. _____. **Proposta da criação do Instituto de Saúde em Mato Grosso**. Cuiabá: UFMT, 1990.

BRASIL. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Boletim ABRASCO**, Rio de Janeiro, n. 9, 1984. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ ABRASCO_25_ANOS>. Acesso em: 31 mar. 2010.

CASSAB, Latif A. **História Oral: Miúdas Considerações para a pesquisa em serviço social**. Londrina: Uel, 2000. p. 183-186.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil:** Política e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da Silva; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fedel de; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **A Construção do SUS:** Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MEIRELLES, Márcio Pereira *et al*. Leis Orgânicas Municipais em Mato Grosso: Capítulo da Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 30, p. 61-65, dez. 1990.

MEIRELLES, Severino Márcio. O Processo de Municipalização da Saúde em Mato Grosso: Notas Prévias. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 33, p. 90-93, dez. 1991.

PARANÁ. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. **Informações sobre o NESCO**. Londrina, 2010. Disponível em: <www.ccs.uel.br/nesco/>. Acesso em: 31 mar. 2010.

PEREIRA, Dejair *et al*. Projeto de Cooperação Técnica Pró-Organização dos Sistemas Municipais de Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, p. 94-95, v. 33, dez. 1990.

SOARES, Nina Rosa Ferreira. **Conselhos de saúde:** espaço de democratização das políticas de saúde ou de cooptação dos movimentos sociais? (um estudo do significado político-pedagógico da participação popular no Conselho Estadual de Saúde - gestão 95/97). Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1999.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PRONTO-SOCORRO DE UM HOSPITAL MUNICIPAL À LUZ DO MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL VIGENTE NO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE[26]

Maria Silva de Souza[27]
Maria Angélica dos Santos Spinelli[28]
Paulo Cesar de Souza[29]

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de muita luta por parte dos defensores da reforma sanitária brasileira e trouxe consigo grandes avanços ao sistema de saúde do país. O maior deles está evidenciado no artigo 196 da Constituição da República (BRASIL, 1988), ao definir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A partir daí, o acesso aos serviços prestados na área deixou de ser discriminatório ou segmentado, tornando-se universal.

Com a criação do SUS, foram estabelecidos alguns princípios e diretrizes que o norteiam, quais sejam: a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social e a descentralização. Ao se discutir o papel do pronto-socorro de um hospital no âmbito da referida instituição e sua relação com a Atenção Básica, merecem destaque as diretrizes da integralidade e da descentralização. A integralidade sendo definida pelo artigo 198, inciso II, da Constituição, nestes termos: "[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais."

Nota-se que as ações de saúde devem priorizar a prevenção, sem, no entanto, deixar de executar as ações curativas. No Brasil, fez-se durante anos distinção entre as competências de cada tipo de ação, de modo que as atividades preventivas eram coordenadas pelo Ministério da Saúde, ficando as curativas sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Cecílio (1997) verifica que, após cerca de dez anos da criação do SUS,

26 Uma versão modificada, deste texto, intitulada "Análise dos atendimentos realizados pelo pronto socorro de um hospital à luz do modelo vigente no sistema local de saúde", foi publicada na Revista de Administração em Saúde. v.11, p. 173-178, 2009.

27 Bióloga, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Barra do Bugres, Mato Grosso (MT), egressa da Turma IV do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

28 Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

29 Contador, mestre em Saúde Coletiva, vinculado à SMS de Barra do Bugres/MT.

utilizava-se desde o princípio da figura de uma pirâmide para representar o modelo técnico-assistencial que se desejava construir com a implantação plena do órgão. Na base dessa pirâmide estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela Atenção Primária a ser prestada a grupos populacionais situados na sua área de cobertura.

Esse modelo foi o meio encontrado para se prover ao usuário o atendimento integral, ou seja, tanto preventivo quanto curativo. Nessa lógica de funcionamento, as unidades básicas, alojadas na base da pirâmide, proporcionavam ao indivíduo o primeiro contato com o sistema, encaminhando-o, se necessário, aos demais níveis.

Discutindo o assunto, Mendes (2008) se posiciona contrariamente aos sistemas de saúde de concepção piramidal, em cuja base está a Atenção Primária. Para o autor, o modelo técnico-assistencial, assim organizado, tem sido insuficiente para a oferta de uma atenção integral; antes, mantém a fragmentação dos sistemas e serviços de saúde disponibilizados. O estudioso propõe o conceito de redes de atenção à saúde, no qual os serviços estão diferenciados pela especificidade de suas funções e densidades tecnológicas, tendo como centro coordenador do sistema a Atenção Primária. No modelo em rede, três características essenciais definem o perfil organizacional e estrutural desse nível de cuidados: a) o papel resolutivo das unidades de saúde, solucionando em torno de 85% dos problemas de saúde da população; b) o papel coordenador, estabelecendo os fluxos dos pacientes entre os distintos serviços; e c) a responsabilização pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto da rede de atenção. A atenção primária, nessa perspectiva, exige uma ampla gama de conhecimentos e de habilidades referentes aos diferentes campos do saber, como saúde, ciências sociais, psicologia e cultura, adensando sua complexidade cognitiva (MENDES, 1996).

Souza e Scatena (2008), analisando o número de consultas realizadas pelo pronto-socorro do hospital em Barra do Bugres, verificaram percentuais 100% superiores aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Diante dessa realidade, surgiram as seguintes indagações: que tipo de atendimento os usuários estão buscando no pronto-socorro do hospital? Seriam atendimentos de urgência e emergência ou atendimentos eletivos, que poderiam ser realizados nas unidades básicas? Em qual horário as pessoas estão buscando esse atendimento? Esses usuários procedem de áreas que dispõem de uma unidade básica em funcionamento?

Em face disso, neste artigo propõe-se responder essas questões, a fim de facilitar a compreensão sobre a forma como está sendo utilizado o pronto-socorro do hospital à luz do modelo vigente no sistema local de saúde.

2 Atenção Primária: uma breve retrospectiva

Nos países com maior desenvolvimento econômico, durante a segunda e a terceira décadas do século XX, as autoridades sanitárias, numa tentativa de aproximar da população o trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, estabeleceram os conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde, concepções essas que foram postas em prática de várias maneiras, em diferentes países (ROSEN, 1994).

Nos Estados Unidos, entre os anos de 1910 e 1915, foram envidados esforços no sentido de se adequar os serviços às necessidades de saúde da população, criando-se à época unidades de serviços denominadas centros de saúde. Dentre os estabelecimentos formados, o Centro de Saúde Primário era equipado com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito que deveria prover os serviços de saúde adequados às necessidades da população. (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006).

De acordo com Rosen (1994), em 1966, o informe da Comissão Millis (Comissão de Cidadãos), nos Estados Unidos, definiu a Atenção Primária à Saúde como sendo a "[...] Oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente, independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde."

Em setembro de 1978, foi realizada em Alma-Ata, antiga União Soviética, a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", promovido pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Segundo a declaração oficial da referida conferência, a Atenção Primária de Saúde é embasada essencialmente na assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a plena participação da população e a um custo que o grupo de habitantes e o país podem suportar (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006).

No Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, os principais problemas identificados no âmbito da Atenção Primária foram: a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços às necessidades, a qualidade insatisfatória dos serviços e a ausência de integralidade das ações. A partir de então, diversas iniciativas têm sido empreendidas em universidades e demais instituições ligadas à saúde, no sentido de superar tais problemas e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da reforma sanitária brasileira.

Durante a segunda metade do século XX, predominou no Brasil o modelo "médico assistencial privatista" e o modelo assistencial "sanitarista". No primeiro, a intervenção voltava-se totalmente para a cura da doença, sendo predominantemente curativa, e a atenção baseava-se na figura do médico especialista, privilegiando a utilização de tecnologias para o diagnóstico e o tratamento das doenças, ou seja, era voltado para a demanda espontânea e privilegiava a utilização do hospital.

No segundo modelo, os serviços estavam organizados na forma de campanhas e de programas especiais. As campanhas, de caráter temporário, privilegiavam o controle somente de certos agravos, com os recursos e a administração centralizados. Nesse modelo, os programas muitas vezes eram únicos e verticalizados (PAIM, 1999).

Diante dos modelos de atenção predominantes, vêm sendo propostas alternativas para a construção de outros mais coerentes, distribuindo-se espacialmente os equipamentos e estabelecimentos em função das características epidemiológicas de cada localidade, de sorte que os serviços mais simples sejam descentralizados e os mais complexos, concentrados (STARFIELD, 2004).

Ao longo do processo de implementação do SUS, na década de 1990, visando superar os modelos apresentados, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF), visando a reorganização da Atenção à Saúde. Em 2006, a iniciativa foi reafirmada como estratégia prioritária e modelo substitutivo na organização da Atenção Básica no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) definiu como ponto central do PSF o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A família, situada no contexto em que vive, passa a ser o objeto de atenção, pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e no qual se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Com o estabelecimento do PSF, pretendeu-se torná-lo um modelo substitutivo da rede de Atenção Básica tradicional, assumindo o desafio de oferecer cobertura universal e igualitária. As diretrizes operacionais traçadas para o programa são a *hierarquização*, representando o primeiro contato da população com os serviços de saúde e articulando a referência e contrarreferência; *a adscrição da clientela*, através da definição de uma área de abrangência sob a responsabilidade da equipe de saúde; e o *cadastramento das famílias*, identificando os componentes familiares, as morbidades referidas, as condições ambientais, de moradia e saneamento das áreas onde viviam (BRASIL, 1998).

Segundo Canesqui 2002), o Programa de Saúde da Família provocou mudanças importantes no sistema de saúde, como a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, a expansão do mercado de trabalho para os profissionais da área e a alteração no sistema de remuneração.

O processo de gestão do PSF prevê a definição de atribuições para cada esfera de governo, dessa forma competindo à esfera federal definir normas e diretrizes para a implantação do programa, estabelecer prioridades na alocação de recursos, avaliar os resultados, assessorar os pólos de capacitação de Recursos Humanos, promover a articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços

e estimular a introdução de mudanças curriculares na formação de pessoal de nível superior.

Aos Estados compete atuar em consonância com as normas e diretrizes definidas pela esfera federal: apoiar e assessorar os municípios na implantação do programa, inclusive na capacitação dos profissionais que operam os sistemas de informação; criar mecanismos para a alocação de recursos estaduais; e estabelecer as parcerias necessárias ao desenvolvimento do programa.

São atribuições dos municípios: aderir voluntariamente ao PSF e responsabilizar-se por sua implementação e operacionalização; promover a educação continuada dos profissionais; produzir, monitorar e avaliar as informações obtidas para a manutenção do sistema de informações da Atenção Básica.

A proposta do Programa Saúde da Família é bastante interessante e já tem trazido grandes benefícios para a saúde da população brasileira. No entanto, a Atenção Básica prestada através desse programa deve ser resolutiva, oferecendo aos usuários acesso às ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde.

No município em estudo, mesmo havendo cerca de 70% de cobertura pelo Programa Saúde da Família, percebe-se uma excessiva procura pelos serviços do pronto-socorro do hospital municipal. Neste estudo objetivou-se caracterizar esses atendimentos, com vistas à produção de informações que auxiliem na gestão do sistema de saúde local.

3 Metodologia

Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório, pois, segundo Tobar (2001), esse tipo de pesquisa é realizado nos casos em que a situação investigada conta com escasso conhecimento acumulado e sistematizado, daí nascendo hipóteses que poderão ser aprofundadas em estudos mais sofisticados. Logo, as hipóteses não são formuladas *a priori*, podendo surgir como produto final da pesquisa (MENDES, 1996).

A investigação foi desenvolvida no município de Barra do Bugres, Mato Grosso, cidade localizada na microrregião de Tangará da Serra, pertencente à mesorregião Sudeste do Estado. Com uma área territorial de 7.187,7Km^2 e uma população estimada de 32.479 habitantes, 150 km da capital mato-grossense, Cuiabá. As principais atividades econômicas do município são a pecuária, a agricultura e a indústria de álcool e açúcar, móveis e lacticínio. A Tabela 1 apresenta a distribuição geográfica da população:

Tabela 1 - Dados populacionais de Barra do Bugres/MT, 2007

Distribuição da população	nº	%
População urbana	25.009	77%
População rural	7.470	23%
População total	**32.479**	**100%**

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

O sistema de saúde em Barra do Bugres tem como marco de fundação a década de 1990, quando foram dados os primeiros passos rumo à municipalização do sistema, como a construção de unidades básicas de saúde e do pronto-socorro municipal, hoje denominado Hospital Municipal Roosevelt Figueiredo Lira. No município, Como já dito, 70% da população é coberta pelo Programa Saúde da Família. O SUS municipal está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio-Norte Mato-grossense.

Neste estudo, foram utilizados dados primários relativos aos registros dos atendimentos efetuados pelo pronto-socorro do hospital, durante o período compreendido entre 20/08/2008 e 20/09/2008, ou seja, por trinta dias. As variáveis selecionadas, referentes ao atendimento, incluem: o tipo de atendimento realizado, se de urgência ou eletivo; o horário; e a procedência do usuário. Quanto a estes últimos aspectos, buscou-se diferenciar os atendimentos provenientes das áreas com a cobertura do PSF daqueles oriundos das áreas não cobertas. Os dados foram processados através do *software* Excel, da *Microsoft*, e organizados em planilhas, possibilitando a elaboração das tabelas.

4 Resultados e discussão

Conforme demonstra a Tabela 2, o pronto-socorro do Hospital Municipal de Barra do Bugres realizou no período analisado 2.315 atendimentos, cuja análise demonstrou que 437 (18,9%) foram considerados atendimentos de emergência, enquanto os demais, 1.878 (81,1%), foram avaliados como consultas eletivas, que deveriam, portanto, ter sido realizadas no nível da Atenção Básica (eletivas). Percebe-se que a demanda estava voltada para o modelo médico-assistencial, que, na opinião de Paim (2002), reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Esse modelo privilegia ações curativas, que enfatizam a busca pelo hospital.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos atendimentos realizados no pronto-socorro do Hospital Municipal Roosevelt Figueiredo Lira, em Barra do Bugres/MT, no período estudado

Tipo de atendimento	Quantidade	%
Emergência	437	18,9
Eletivas	1878	81,1
Total	**2.315**	**100**

Fonte: Souza *et al.*, (2009).

O SUS, desde a sua concepção, através do movimento pela reforma sanitária, trouxe consigo a lógica da descentralização e regionalização dos serviços de saúde. Nessa forma de organização, a Atenção Primária é o nível que oferece ao usuário a entrada no sistema para as necessidades e problemas, dispondo de ações de caráter individual e coletivo, garantindo-lhes a continuidade da atenção, isto é, o acesso aos serviços mais complexos (STARFIELD, 2004).

No entanto, embora esse pareça ser, teoricamente, um modelo interessante e que pode trazer grandes benefícios aos usuários e ao próprio sistema, Cecílio (2000) afirma que o hospital ainda funciona como o centro do sistema de saúde. Assim, na prática, a racionalidade do modelo centrado na Atenção Básica não vem funcionando e resulta na sobrecarga de serviços para o hospital. De acordo com o autor, a "porta de entrada" principal para a atenção à saúde continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios, sendo os pronto-socorros sempre lotados são a imagem que melhor expressa essa situação.

Os dados da Tabela 2 demonstram que a realidade verificada por Cecílio ainda se faz presente no município de Barra do Bugres e pode representar a realidade de muitos municípios, indicando que, para uma parcela significativa da população, a porta de entrada para o sistema tem sido o pronto-socorro do hospital. Como afirma o estudioso, isso se dá porque as pessoas acessam o sistema por onde lhes é mais fácil ou possível obter o atendimento desejado.

Tabela 3 - Distribuição percentual dos agravos atendidos no pronto-socorro do Hospital Municipal Roosevelt Figueiredo Lira, em Barra Bugres/MT, no período estudado

Agravos	nº	%
Amigdalite	29	1,54%
Asma	8	0,43%
Bronquite	7	0,37%
Câimbras	39	2,08%
Cefaleia	79	4,21%
Cólica (biliar, menstrual, renal)	48	2,56%
Crise asmática	6	0,32%
Diarreia	44	2,34%
Dor (lombar, abdominal, baixo ventre e outros)	266	11,49%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	12	0,64%
Desconhecido (não havia informação)	174	9,27%
Epigastralgia	56	2,98%
Epistaxe	5	0,27%
Estafa	9	0,48%
Ferimento cortocontuso	75	3,99%
Febre	42	2,24%
Ferimento infectado	6	0,32%
Ferimento perfurocortante (fer punt)	4	0,21%
Fraqueza	30	1,6%
Geca (gastroenterite)	137	7,29%
Gestante	61	3,23%
Hipertenção arterial sistêmica	53	2,82%
Infecção do trato urinário	25	1,33%
Infecção das vias aéreas superiores	77	4,1%
Mal-estar	14	0,75%
Orientações	14	0,75%
Pneumonia	17	0,91%
Resfriado	47	2,50%
TCE (traumatismo crânio encefálico)	10	0,53%
Tontura	6	0,32%
Tosse	31	1,65%
Varicela	4	0,21%
Virose	19	1,01%
Vômitos	81	4,31%
Outros	343	18,26%
Total	**2.315**	**100%**

Fonte: Souza *et al.*, (2009).

Cecílio também afirma que existem pesquisas demonstrando que a maioria dos atendimentos realizados no pronto-socorro/ambulatório dos hospitais refere-se a patologias simples, que poderiam ser tratadas na Atenção Básica. A análise dos atendimentos eletivos demonstrados na Tabela 3 ratifica essa afirmação, ao explicitar que há destaque para três principais tipos de atendimento: 266 pacientes (11,49%) apresentavam dores (coluna, abdômen, braço, corpo, costela, dente, muscular, entre outros), 137 (7,29%) foram diagnosticados como portadores de Geca (gastroenterite) e 81(4,31%) apresentavam o quadro de vômito.

Percebe-se que a maior parte das intercorrências dizia respeito a atendimentos que solucionassem de imediato o problema apresentado pelo enfermo, como receber medicação para aliviar as dores, vômitos ou aquilo que lhe causava desconforto no momento, sem, porém, propiciar ao paciente o acompanhamento da real situação. Além disso, um atendimento dessa natureza poderia ser oferecido pelas unidades básicas de saúde.

Diante disso, pergunta-se: a região onde essas pessoas residem possui uma unidade básica de saúde? Por que elas não procuram a unidade básica local, recorrendo, em vez disso, deslocar-se até o hospital? As unidades básicas de saúde estariam oferecendo os serviços com a qualidade desejada? Havia medicamentos disponíveis nesses estabelecimentos?

Uma das razões para esse acúmulo de pessoas no hospital pode ser, exatamente, a certeza do atendimento, da existência do médico e do medicamento de que necessita. Acerca disso, pode-se, ainda, propor algumas hipóteses, que necessitariam ser pesquisadas para serem confirmadas ou refutadas, como: a baixa resolutividade no atendimento da Atenção Básica, a falta de 100% de cobertura para os serviços de Atenção Básica, a falta de medicamentos na Atenção Básica, a necessidade de um programa efetivo de educação em saúde que promova o Programa Saúde da Família.

O horário dos atendimentos equivalia a dois períodos, diurno e noturno. O primeiro compreendido entre 7h e 17h e o segundo, entre 17h01min e 6h59min. Na Tabela 4, nota-se que, do total de 2.315 atendimentos, 1.134 (48,98%) foram realizados no período diurno e 715 (30,88%), no período noturno; ressalta-se que, para 466 atendimentos (20,12%) não foi possível determinar o horário do atendimento em virtude da falta dessa informação no boletim.

Tabela 4 - Distribuição percentual do horário dos atendimentos no pronto-socorro do Hospital Municipal Roosevelt Figueiredo Lira, Barra Bugres/MT, 2008

Horário de atendimento	Quantidade	%
Diurnos (7h - 17h)	1134	48,98
Noturnos (17h01min - 6h59min)	715	30,88
Sem informação	466	20,12
Total	**2.315**	**100**

Fonte: Souza *et al.*, (2009).

Esses dados refletem a realidade já apresentada na tabela anterior, ou seja, o grande volume de atendimentos que poderiam ter sido ser realizados na Atenção Básica ocorria no hospital.

Destaca-se que durante o dia as equipes do PSF estavam em funcionamento, no entanto havia, mesmo assim, um grande número de pessoas que procurava atendimento no pronto-socorro do hospital municipal.

Outra possível razão para a grande busca pelo pronto-socorro pode ter sido a crise em que o SUS vivia - e continua vivendo (BRASIL, 2006). De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (BRASIL, 2006), "[...] um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas [...]", ou seja, os problemas crônicos necessitam ser tratados no nível básico, evitando que se tornem agudos. O CONASS avalia que a organização dos serviços tal como vem ocorrendo é mais um fator responsável pelas dificuldades sanitárias e econômicas do Sistema de Saúde no Brasil.

Sendo assim, enquanto não houver consciência por parte das autoridades de saúde de que é necessário tratar os casos crônicos no nível básico, cuidando para que não evoluam, tornando-se agudos, os hospitais e pronto-socorros continuarão sendo usados de forma inadequada. Caso a atenção básica tenha a devida resolutividade e organização, grande parte dos pacientes encaminhados ao pronto-socorro, poderão ser tratado nesse nível do sistema, possivelmente a um custo mais baixo.

Quanto à procedência dos usuários, os dados da Tabela 5 evidenciam que mais da metade das pessoas (58,22%) que receberam atendimento no pronto-socorro no período analisado provinham de áreas de cobertura do Programa Saúde da Família.

Tabela 5 - Distribuição percentual das consultas no pronto-socorro do Hospital Municipal Roosevelt Figueiredo Lira, segundo áreas cobertas, descobertas por PSF e provenientes de zona rural, Barra Bugres/MT, 2008,

Áreas	nº	%
Cobertas por PSF	1348	58,22
Descobertas	784	33,86
Zona rural	183	7,9
Total	**2.315**	**100**

Fonte Souza *et al.*, (2009).

Esses dados reforçam a hipótese de que, possivelmente, uma das razões para o deslocamento da população para o hospital seja a fragilidade da Atenção Básica. O objetivo do Programa Saúde da Família é proporcionar uma assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) define ser o ponto central do PSF o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A família, situada no contexto em que vive, passa a ser o objeto de atenção, pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Os dados indicam que os ideais estabelecidos para o Programa Saúde da Família não estão sendo colocados, efetivamente, em prática, resultando, talvez, na ineficácia da Atenção Básica e influenciando negativamente outros componentes do sistema local de saúde, como o pronto-socorro do hospital, por exemplo.

5 Considerações finais

Com base nos dados apresentados ao longo deste trabalho, pode-se concluir que, apesar de mais de 70% da população do município ser coberto pelo Programa Saúde da Família, a demanda do pronto-socorro, no período estudado, foi composta em sua maioria por pessoas oriundas exatamente das áreas cobertas. A análise do tipo do atendimento prestado demonstrou que cerca de 80% deles poderiam ter sido realizados nas respectivas unidades básicas, ao passo que os atendimentos de emergência representaram apenas 20% dos casos.

Um fator de influência para a configuração da situação encontrada pode ser a baixa importância atribuída pelos usuários às ações preventivas implementadas, prevalecendo o imediatismo, ou seja, a busca pelo serviço de saúde como uma forma de intervenção imediata, apenas quando se sentem doentes. Entre esses indivíduos também se verificou a crença de que o mal que lhes acomete sempre

requer atendimento hospitalar, sendo insuficiente os serviços básicos, ou seja, cultivam o que se costuma chamar de "cultura hospitalocêntrica".

Os dados expressos demonstraram certa fragilidade no modelo de Atenção Básica executado no município, o que talvez se deva, até mesmo, a questões de cunho cultural ou financeiro da população. No entanto, paira ainda uma pergunta: o que verdadeiramente motiva os usuários a buscarem atendimento no pronto-socorro do hospital e não na unidade de Atenção Básica? Sugere-se nova pesquisa com o objetivo de buscar a resposta a essa intrigante questão.

Ressalta-se que esse problema, verificado através desta pesquisa, deve ser tratado com seriedade por parte dos gestores de saúde, que sobrecarregam os agentes prestadores de serviços do pronto-socorro, bem como geram altos custos para os cofres públicos.

Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. In: _____. **Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde**: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília-DF, 1998.

CANESQUI, A. M., Avaliação de políticas e programas sociais: Conceitos e tipos de pesquisa. **Cadernos de Serviço Social**, Belo Horizonte, 9:89-107, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

_____. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital. **Espaço para saúde**, Londrina, v. 01, n.02, p. 04-26, 2000.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**,

Jun 2009, vol.14, no.3, p.783-794. ISSN 1413-8123

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Populações residentes** em 1º. De abril de 2007, segundo os municípios. Brasília, DF; 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 27 nov. 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo. Hucitec, 1996.

_____. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, Suplemento 4, 2008.

PAIM, J. S. **Políticas de descentralização e atenção primária a saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro, 1999; 2002.

ROSEN, G. **Uma história da saúde publica**. São Paulo; Rio de Janeiro: Unesp; Abrasco, 1994.

SERRANO, P. **Redação e apresentação de trabalhos científicos**. 2. ed. Lisboa: Relógio D'Água, 2004.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. **Avaliação normativa:** utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, Vol. 11, No 43 – Abr-Jun, 2009

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

CARACTERIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUARANTÃ DO NORTE, MATO GROSSO

Líris Madalena Werle de Lemos[30]
Ricardo Luiz Chagas[31]

1 Introdução

O processo de municipalização e descentralização da saúde no Brasil vem sendo construído há décadas, tendo sido inspirado pelo denominado sanitarismo desenvolvimentista, datado da década de 1950 (SOUZA, 2007).

Para Nogueira (2002), o marco dessa iniciativa foi o fato de que os sanitaristas da época estabeleciam relação entre saúde e economia, por isso tendo formado uma comissão que deveria elaborar um plano plurianual integrando as atividades de saúde às do plano nacional de desenvolvimento.

Nessa perspectiva, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que, além de discutir as propostas elaboradas pela referida comissão, sistematizou o processo de descentralização e municipalização da Saúde. Mais tarde, em 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, aprovou as propostas que fundamentam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) tais como se encontram descritas na atualidade (BRASIL, 2009a).

No entanto, foi a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS), datada de janeiro de 1996, que o processo de municipalização avançou e criou condições para a gestão, apontando as responsabilidades sanitárias dos gestores, incorporando ações de vigilância, reorganizando o modelo de atenção e ampliando a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) (SETA, 2007).

Os espaços de discussão da municipalização passaram a ser as comissões tripartites e bipartites, que fortaleceram a gestão do SUS promovendo o compartilhamento e a pactuação dos serviços (MINAS GERAIS, 2004).

A Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT) adotou a lógica da regionalização, apoiando os municípios e fortalecendo as microrregionalizações através da organização via consórcio. Desse modo, os que se encontravam na Gestão Plena da Atenção Básica realizavam ações básicas em seus territórios municipais, contando com cooperação intergestora estabelecida em âmbito regional (MATO GROSSO, 2002).

30 **Enfermeira, vinculada à Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT), egressa da Turma II do Curso de Especialização** em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

31 **Engenheiro Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, vinculado ao Ministério da Saúde.**

Nesse contexto, o SUS constituiu um projeto político de assistência à saúde consolidado por leis com o propósito primordial de racionalização das formas de financiamento e de gestão, fundamentados na ampliação da autonomia política dos Estados e municípios (RIBEIRO; COSTA, 2000).

Sendo assim, no ano de 1997, o município de Guarantã do Norte foi habilitado na Gestão plena da Atenção Básica, responsabilizando-se pelas ações de Vigilância Epidemiológica e pela implementação da Vigilância Sanitária. Para tanto, incorporou tecnologias com capacidade de produzir mudanças na saúde da população, havendo, porém, a necessidade de se organizá-las para que sejam efetivadas na prática.

Diante do exposto, pode-se perceber a fundamental importância das ações integrais de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental e, ainda, daquelas voltadas para a garantia da Saúde do Trabalhador, concebidas como vigilância da saúde.

Contudo, essas ações são programadas de forma fragmentada, com recursos financeiros e metas específicas para cada um dos respectivos setores a que associam, precisando ser mais bem definidas no município.

Em Brasil (2009b), destaca-se a vertente que concebe a vigilância da saúde como prática sanitária que privilegia a dimensão gerencial, e caracterizando-a através da operação montada sobre os problemas que surgem nos diferentes períodos do processo de saúde/doença. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) preconiza o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de saúde, sejam de proteção ou de recuperação.

As normas operacionais do SUS foram constituídas com foco na gestão da oferta de serviços de saúde, como fica evidenciado na última delas (Qual?), que traz em seus termos um teor de suficiência e completude quanto à disponibilização desses serviços (BRASIL, 2004).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS), criada em 2002, propõe que

> A organização em rede funcional regionalizada e auto-suficiente em atenção primária, e em atenção mínima da média complexidade, propondo uma estrutura piramidal organizada por níveis hierarquizados segundo suas complexidades, iniciando pela atenção primária, que passa a ser vista como a menos complexa, seguindo a atenção secundária e terciária. (BRASIL, 2002).

Essa idéia de hierarquização da estrutura da Rede de Atenção à Saúde é equivocada, pois o nível de atenção primária é o mais complexo, cabendo-lhe a responsabilidade de resolver 90% dos problemas mais comuns de saúde, embora seja menos denso tecnologicamente. Ressalta-se que o uso do termo primária remete-se ao momento em que se dá o primeiro contato no amplo e complexo conjunto da assistência (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a qualidade de vida da população sofrerá mudanças, influenciadas pela ação de políticas públicas, sendo, porém, indispensável que se verifiquem, antes, as reais necessidades dos grupos comunitários quanto à saúde (BRASIL, 2001).

O objetivo dessa iniciativa é propiciar a articulação - e conseqüentemente a integração - entre a promoção e a prevenção, enfatizando políticas saudáveis e ações organizadas adequadas às demandas da comunidade (TEIXEIRA, 2001). Trata-se, pois, de uma bandeira de luta que parte de uma imagem objeto, ou, então, de um conjunto de valores relacionados ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária, ou, ainda, uma inovação como possibilidade de romper com o constituído.

Neste estudo, pretende-se caracterizar a Vigilância da Saúde no município de Guarantã do Norte, considerando alguns dos aspectos que a constituem, como as ações executadas, os recursos humanos e financeiros envolvidos, a dinâmica de trabalho e a interação com os outros setores.

O recorte temporal realizado compreende os anos 2004 e 2005, uma vez que data desse período um banco de dados contendo informações sobre a Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental mais acabadas e favoráveis ao estabelecimento de comparações, análises e inclusões de ações, agravos, metas e estratégias para a solução dos problemas.

2 Materiais e método

O município de Guarantã do Norte está situado no extremo Norte do estado de Mato Grosso, na divisa com o Pará, e dista 725 km de Cuiabá, a capital mato-grossense, sendo sua extensão territorial de 2.240,13 km^2 (Figura 1).

A densidade demográfica do município é de 14,70 hab/km^2, e a taxa anual de crescimento populacional é de 3,1%. O município possui 24 comunidades rurais organizadas e que se encontram semanalmente para participar de cultos religiosos e atividades festivas.

Figura 1 - Localização do município de Guarantã do Norte no mapa do estado de Mato Grosso.
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

A metodologia de pesquisa adotada denomina-se descritiva e exploratória. Na abordagem descritiva, expõem-se as características de determinada população, mas sem o compromisso de explicar o fenômeno que descreve; na perspectiva exploratória, busca-se ampliar o número de informações sobre o assunto proposto (TOBAR, 2001).

Para a análise dos dados, fez-se uso das Programações Pactuadas Integradas (PPI), explicitando-se as ações pactuadas e os resultados alcançados, e dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ambos os instrumentos relativos a cada setor das vigilâncias no período focalizado.

As fontes de informações que embasam o estudo foram análises de documentos de arquivos da Secretaria da Municipal de Saúde, o banco de dados do SINAN das vigilâncias, leis, normas e outros documentos pertinentes ao assunto.

2 Resultados e Discussão

A partir da NOB/SUS/96, o município de Guarantã do Norte passou a contar com incentivos financeiros para implementar as ações da vigilância epidemiológica e sanitária, porém esses recursos são para cada um dos setores das vigilâncias e com metas específicas a cumprir.

Os problemas que afetam a saúde da população de Guarantã do Norte, tanto as doenças infectocontagiosas como as crônicas e degenerativas, vêm aumentando, tendo como agravante da situação a localização geográfica do município, o volumoso fluxo migratório de pessoas para o seu território e as precárias condições socioeconômica e cultural do cotidiano em que vivem seus habitantes.

Do processo de sua constituição histórica, o município carrega consigo a herança da época do garimpo aurífero, que contaminava e degradava o solo e as águas, além da disseminação da malária, entre outras doenças; mais tarde, com a queda do preço do ouro, teve início a corrida desenfreada pela derrubada desordenada das florestas, proporcionando queimadas, modificando o meio ambiente, doenças como a Leishmaniose, a dengue, entre outras.

Diante dessa situação, percebe-se a fundamental importância da execução das ações da vigilância da saúde, mas não aquelas tradicionais, epidemiológica ou sanitária, e sim as ações integradas, concebidas como métodos, instrumentos e tecnologias inovadoras, com potencialidade para intervir no processo de saúde-doença,

Todavia, cada setor realiza ações de vigilância de forma isolada, responsabilizando-se por uma parte delas (TEIXEIRA, 2000). Logo, o desenvolvimento das ações integrais equivale à atuação de uma "guardiã observadora da realidade da saúde". No entanto, como já dito, na prática essas ações são fragmentadas em vários

pontos integrantes desde a sua programação até o seu planejamento e execução.

Em 1983, instalou-se na região de Guarantã do Norte a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), primeiro órgão público de serviço de saúde com a atribuição exclusiva de combater a malária.

No final de 1984, criou-se no município a Fundação de Saúde Pública (SESP), que passou a organizar e efetivar as ações de controle da tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, bem como de pré-natal. Ademais, organizava campanhas de vacinação, realizava exames de laboratório e, através de um agente sanitário, visitas domiciliares, em busca dos indivíduos faltosos aos programas.

Naquela época, os municípios de Matupá e Novo Mundo pertenciam a Guarantã do Norte, para cuja população as internações hospitalares da rede pública davam-se na Unidade Mista do município de Terra Nova do Norte, a 95 km de Guarantã.

Em 1986, o município emancipou-se e elegeu o primeiro prefeito, com mandato tampão para dois anos. Mas, não houve um fato marcante relativamente aos serviços de saúde naqueles anos, o que veio a ocorrer somente em 1989, com a eleição do segundo prefeito, quando a população passou a contar com um responsável imediato por tais serviços, nomeando-se o primeiro secretário municipal de saúde.

A partir da municipalização dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) começou a organizar espaços físicos, a adquirir materiais e a contratar trabalhadores. Além disso, assinou um convênio com o SUS, garantindo, conforme aprovação do Conselho Municipal de Saúde, setenta Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) no único hospital privado do município.

Durante esse período, e com o avanço da descentralização dos serviços de saúde, os órgãos federais instalados na localidade passaram o quê? para a gerência municipal de saúde.

Com a NOB/96, o município aderiu ao programa de agentes comunitários de saúde e, em 1997, à estratégia do PSF, que, porém, não conseguiu se efetivar na prática de imediato, pois a grande maioria dos trabalhadores mantinha vínculos empregatícios com as prefeituras através de contratos temporários.

Isso favoreceu a rotatividade do quadro desses servidores na região, que procuravam condições melhores e mais seguras para o trabalho, de forma que em menos de um ano, as três equipes implantadas não sobreviveram.

No Quadro 1, observa-se que, a partir da NOB/96 e com a adesão do município ao PSF, houve aumento do número de unidade de saúde e de profissionais da área. A esse respeito, verifica-se que o município contava, no período, com diversos profissionais de saúde distribuídos em regiões distintas, possibilitando que seus habitantes tivessem acesso às unidades de saúde isentas de problemas do tipo a distância local.

Quadro 1 - Unidades de saúde e profissionais disponíveis em Guarantã do Norte,

Unidades de saúde	Profissionais
Centro de saúde/ Laboratório de análises clínicas	3 médicos; 5 auxiliares de enfermagem; 6 guardas de endemias; 2 microscopistas; 1 laboratorista; 1 bioquímico; 1 assistente social; 1 auxiliar de laboratório; 1 auxiliar de saneamento; 1 servente da Oficina de Saneamento.
Unidade de Saúde da Família Cotrel	1 médico; 1 enfermeira; 2 auxiliares de enfermagem; 1 auxiliar de serviços gerais; 5 agentes comunitários de saúde.
Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 1 & 2	2 médicos; 2 enfermeiras; 1 odontólogo; 4 auxiliares de enfermagem; 1 auxiliar de serviços gerais; 12 agentes comunitários de saúde.
Posto de Saúde Santo Antonio	1 atendente de enfermagem
Posto de Saúde da Comunidade Santa Luzia/Linha 38	2 atendentes de enfermagem
Posto de Saúde Sol Nascente / Linha 38	Estava desativado.
Posto de Saúde Progresso/Linha 27	1 atendente de enfermagem

Fonte: Guarantã do Norte, 1997.

A partir do ano 2000, alugou-se o Hospital privado e conveniado com o SUS passando a ser gerenciado pelo município, aumentando o número de AIH para 148, credenciando 36 dos 44 leitos disponíveis, sendo sete para pediatria, dezesseis para clínicas médicas, cinco para obstetrícia, quatro para traumatologia e quatro para cirurgias gerais.

Os serviços de referência e de atendimentos especializados são pactuados nas PPI e aprovados nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) (regional e estadual); dessa forma as especialidades de nefrologia, mamografia e hemodiálise são programadas e referenciadas para o município de Sinop. As tomografias são pactuadas para o município de Sorriso e as demais especialidades médicas, cirurgias e exames de alta complexidade e tratamentos oncológicos são referenciados para o município de Cuiabá.

A SMS organizou uma central de agendamento e cadastrou dois servidores para ocupar esse posto. Durante os finais de semana, essa atividade passa a ser realizada no próprio hospital pela central regional de regulação.

Diante da grande demanda e, ainda, levando-se em consideração as dificuldades encontradas para resolvê-la, tais como a grande distância a ser percorrida pelo usuário até o local das referências, a SMS passou a ofertar outros exames, dos quais: o Uso do exame ultrassonográfico (USG), com uma média de duzentos exames por mês; o eletrocardiograma (ECG), com uma média mensal de 180

exames; e, ainda, o serviço de radiologia, com uma média mensal de 250 exames, mais concentrado para atendimentos ortopédicos, devido ao número acentuado de acidentes de trânsito e de trabalho. Também foi implantada a especialidade de ortopedia para atendimento ambulatorial e cirurgias.

Ressalta-se que a SMS participa do Consórcio do Vale do Peixoto, trabalhando com o valor de 0,34 (trinta centavos de Real) *per capta* e disponibilizando o atendimento para as especialidades de anestesiologia, ortopedia e ginecologia.

No Quadro 2, demonstra-se o avanço da descentralização dos serviços de saúde quanto aos recursos humanos, mais especificamente após a NOB/96. Houve um aumento considerável do número de trabalhadores e a inclusão de mais categorias para tais serviços, embora esse progresso ainda não tenha sido suficiente para atender à demanda de saúde do local.

Quadro 2 - Situação atual dos Recursos Humanos na SMS de Guarantã do Norte.

Especificação	Quantidade	Tipo de vínculo		Vínculo	
		Interinos	Efetivos	Municipal	Estadual
Médicos	10	06	04	09	01
Enfermeiras	10	07	03	09	01
Assistente social	01	-	01	01	-
Bioquímicos	05	03	02	05	-
Psicólogos	02	-	02	02	-
Odontólogos	06	02	04	05	01
Veterinário	01	-	01	01	-
Fonoaudióloga	01	-	01	01	-
Nutricionista	01	01	-	01	-
Fisioterapeutas	02	-	02	02	-
Técnico em radiologista	01	01	-	01	-
Técnico em enfermagem	01	01	0	01	-
Auxiliar de enfermagem	49	37	12	46	03
Atendente de consultório dentário	06	06	-	06	-
Auxiliar administrativo	20	12	08	18	02
Auxiliar de laboratório	07	07	-	07	-
Agente de limpeza	16	07	09	16	-
Agente comunitário de saúde	70	70	-	70	-
Agente de saúde ambiental	11	11	-	11	-
Copeiras/cozinheiras	04	02	02	04	-
Fiscais sanitários	04	04		03	01
Motorista	06	01	05	06	-
Agente de vigilância e manutenção	11	11	-	11	-
Coordenadores/diretores	07	07	-	07	-

Fonte: Guarantã do Norte, 2006.

O município habilitou-se em Gestão Plena da Atenção Básica e atualmente se encontra habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Ademais, a NOB/SUS/96 definiu recursos financeiros para a Saúde segundo o critério populacional, introduzindo fatores de estímulos, entre eles a implementação das ações da vigilância epidemiológica e sanitária.

De acordo com a resolução da CIB/005/2004 e tal como evidenciado no Quadro 3, a SMS, que desde 2005 dispõe de uma Gestão Básica Ampliada, tem cadastrado no CNES os seguintes Recursos Humanos e materiais destinados para as vigilâncias:

Quadro 3 - Recursos Humanos e Materiais para a Vigilância em Saúde, 2006.

Descrição dos recursos	Quantidade
Técnico nível superior	03
Técnico nível médio	05
Digitador	01
Telefone	01
Computador	05
Fax	01
Veículos	05 motos e 01 Carro
Internet	01

Fonte: Guarantã do Norte, 2006.

Os Recursos Materiais e Humanos mobilizados para a execução da vigilância da saúde no município estão de acordo com a Resolução da CIB nº 005/2004 (MATO GROSSO, 2004), embora, considerando-se a realidade local, ainda não sejam suficientes para dar conta dos problemas e necessidades da população na perspectiva do cuidado integral à saúde.

A norma limita uma quantidade mínima de recursos humanos a ser pactuada para o cumprimento das metas, mas toma essa medida sem levar em conta as demandas de cada município. O Plano Municipal de Saúde prescreve para cada setor da Vigilância a busca das parcerias, que, na prática, acontecem com dificuldades, não se estabelecendo, dessa forma, uma rotina e sim um problema a ser combatido.

O laboratório de referência para o apoio diagnóstico das ações da vigilância (MT- Laboratório) está situado no município de Cuiabá, cuja distância de Guarantã do Norte dificulta o processo de envio de material, além de a realização de algumas ações ser praticamente impossível, somando-se a isso a demora no recebimento dos resultados.

A Vigilância Sanitária tem sob sua responsabilidade a efetuação de ações da baixa complexidade, seguindo a orientação indicadas no Manual de Municipalização da Vigilância Sanitária, elaborado pela SES/MT, em 2001.

A Gerência da Vigilância Sanitária Municipal norteia suas ações com base na Lei Complementar nº 0559/02 (GUARANTÃ DO NORTE, 2002), que institui o Código Sanitário Municipal; na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 216/2004 (BRASIL, 2004), que dispõe sobre as boas práticas de alimentação; e na Lei 7110/99 (MATO GROSSO, 1999), que discorre sobre a promoção, a proteção e a preservação da saúde individual e coletiva.

No Quadro 4, apreende-se o número de estabelecimentos de baixa, média e alta complexidade, cadastrados na vigilância sanitária municipal, sendo que os estabelecimentos da Alta e Média complexidade.

Quadro 4 - Estabelecimentos Cadastrados na Vigilância Sanitária, 2005

Especificação	Existentes	Cadastrados
Baixa complexidade	129	129
Média complexidade	20	20
Alta complexidade	3	3

Fonte: Guarantã do Norte, 2005.

No Quadro 5, percebe-se que os parâmetros pactuados (uma inspeção/ ano) para os estabelecimentos citados são relativamente baixos, pois o espaço de um ano entre uma revisão e outra é um período grande, favorecendo intercorrências graves que podem afetar a saúde da população. Ademais, os parâmetros pactuados não foram alcançados no caso da estação rodoviária, cujo índice foi de apenas 50%.

Quadro 5 - Atividades pactuadas pela Vigilância Sanitária de Guarantã do Norte, 2005

Estabelecimento	Parâmetro	Pactuadas	Alcançadas nº absoluto	Alcançada %
Comércio de alimentos	Uma inspeção por estabelecimento/ano	100%	126	98%
Drogarias/farmácias e postos de medicamentos	Uma inspeção por estabelecimento/ano	100%	14	100%
Creches	Uma inspeção por estabelecimento/ano	100%	3	100%
Estabelecimento de ensino fundamental	Uma inspeção estabelecimento/ano	100%	20	63%
Estação rodoviária	Duas inspeções, por estabelecimento/ano.	100%	1	50%

Fonte: Guarantã do Norte, 2005.

No Quadro 6, verifica-se que o índice dos indicadores pactuados e alcançados evidencia uma ligeira melhora de um ano para o outro, embora os parâmetros pactuados sejam tímidos para alguns agravos, como a testagem de HIV na população em geral e os indicadores da hanseníase nesses mesmos grupos.

Quadro 6 - Notificações da SMS no período de 2004/2005.

Ação	2004		2005	
	Pactuada	Alcançada %	Pactuada	Alcançada %
Notificação negativa de sarampo	80%	100%	468	100
Investigação epidemiológica para doenças exantemáticas	100%	100%	80%	100
Monitoramento das Paralisias Flácidas Agudas (PFA)	N/P	Não pactuado	80%	100%
Investigação das doenças transmitidas por alimentos	100%	100%	100%	100%
Acompanhamento das doenças de notificação compulsória com encerramento do caso	Não pactuado	Não pactuado	>70%	67%
Diagnóstico laboratorial das doenças exantemáticas	90%	100%	100%	100%
Encerrar casos de meningite bacteriana	50%	100%	>60%	100%
Testagem de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população geral	-	-	560	191%
Testagem para sífilis nas gestantes	100%	100%	100%	100%
Curar casos novos de tuberculose bacilífera	85%	100%	90%	100%
Taxa de cura de hanseníase paucibacilar	-	-	90%	100%
Taxa de cura de hanseníase multibacilar	90%	68%	90%	100%
Cobertura vacinal de tetravalente em menor de 1 ano	565	665	95%	107%
Cobertura vacinal da tríplice viral em crianças menor ano	572	587	95%	94%
Cobertura vacinal para hepatite B em menores de 1 ano	565	660	95%	102%
Campanha anual (em duas etapas) para poliomielite	3.130	4.366 ou 139%	3.268	102% /104%
Campanha anual contra influenza	1.055	1.408 ou 133%	1.113	143%
Investigar os eventos adversos graves pós-vacinação	100%	100%	100%	100%
Detectar surtos de doenças diarréicas agudas (DDA)	100%	100%	70%	100%

Fonte: Guarantã do Norte, 2005.

No Quadro 7, sugere-se um aumento gradativo de notificações em relação ao número tanto de casos quanto de agravos, significando que, a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), houve um incremento na busca de casos, evidenciando o perfil epidemiológico da população.

O fluxo migratório de pessoas para o garimpo, em busca de trabalho para garantir sua sobrevivência e de seus familiares, agravava a realidade local, mar violência e dos conflitos próprios dos garimpos como a malária, a hanseníase e a tuberculose.

Quadro 7 - Notificações de agravos realizados pela SMS, 2001/2005.

Agravo	Notificados				
	2001	2002	2003	2004	2005
Acidentes com animais peçonhentos	-	-	01	02	23
Atendimento antirrábico	108	124	111	111	147
Conjuntivite	04	25	383	27	42
Coqueluche	-	-	-	-	48
Dengue	36	71	24	24	236
Doenças exantemáticas	01	-	-	-	05
Hantavirose	-	-	-	-	20
Hepatite viral	15	04	01	01	107
Herpes genital	02	02	04	-	16
Intoxicação por agrotóxico	-	-	-	-	01
Leptospirose	-	-	-	-	02
Meningite	-	01	03	02	12
Sífilis congênita	-	-	-	-	04
Sífilis em adulto	-	02	-	01	08
Síndrome da úlcera genital	-	01	-	-	04
Síndrome do corrimento cervical	106	604	354	554	1014
Síndrome do corrimento uretral	04	02	01	-	05
Tétano accidental	-	-	-	-	01
Varicela	-	09	52	12	86
Hanseníase	17	37	42	28	60
Leishmaniose tegumentar	116	124	97	111	100
Tuberculose	06	09	08	08	07
Malária	-	-	50	227	160

Fonte: Guarantã do Norte, 2005.

O Quadro 8 sintetiza as ações das pactuações da vigilância ambiental para 2004/2005, demonstrando que a maioria dos indicadores pactuados foi alcançada:

Quadro 8 - Pactuações em Guarantã do Norte, 2004/2005.

Ação	2004		2005	
	Pactuada	Alcançada %	Pactuada	Alcançada %
Atividades de cadastro, controle e vigilância para qualidades da água para consumo humano	12 amostras	100%	12 amostras	258%
Borrifação domiciliar para controle de triatomíneos em área endêmica	-	-	100%	100%
Tratamento de imóveis com foco de mosquito, visando o controle de dengue	11.250	54,60%	5.600	99%
Campanha de vacinação antirrábica em cães	5.002	137,47%	6.684	118%
Realização de campanha de vacinação antirrábica em gatos		39,70%	2.185	100%
Vigilância para o programa de controle de raiva animal	Em 2004 não pactuava o indicador.		19	32%
Bloqueio de focos para o controle da raiva animal	Em 2004 não pactuava o indicador.		100%	100%

Fonte: GUARANTÃ DO NORTE, 2005.

Segundo o Relatório de Gestão 2005 (GUARANTÃ DO NORTE, 2005), o Índice de Infestação Predial (IIP) foi de 1,04, enquanto o Índice Parasitário Anual (IPA) foi de 2,2. Registraram-se dois casos de leishmaniose visceral. Com relação à dengue, foram notificados 236 casos, dos quais 127 positivaram. Já com relação à malária, notificaram-se 209 casos suspeitos, dentre os quais 77 foram confirmados.

Tal como expresso no Quadro 9, os indicadores da Atenção à Saúde da Criança, em 2004, superaram os parâmetros pactuados, evidenciando a necessidade urgente de investimento na Atenção Básica. Esses resultados, ao longo dos dois anos analisados, justificaram a necessidade e a importância de se proceder à organização das ações e serviços integrais da Vigilância.

Quadro 9 - Indicadores da Atenção à Saúde da Criança pactuados do município de Guarantã do Norte, 2004/2005.

Indicadores principais	2004		2005	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado
Nº absoluto de óbitos em menores de um ano	3	16	12	09
Taxa de mortalidade infantil	5,5	28,8	20	15,93
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	5,1	6,68	06	4,95
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	0	26,7	02	11,11
Taxa de internação por Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) em menores de cinco anos	24	26,4	42,03	22,76
nº absoluto de óbitos neonatais	3	12	10	06

Fonte: Guarantã do Norte, 2005.

Os indicadores da Saúde da Mulher, conforme mostra o Quadro 10, deixam evidentes a timidez no parâmetro da pactuação, ou seja, para o ano de 2005, foram realizados apenas 60% dos exames de pré-natal com quatro ou mais consultas, ainda que os resultados alcançados apontem a ocorrência de uma pequena melhora nos serviços dessa natureza.

Em relação à cobertura da população feminina nos exames citopatológicos, resultado alcançado evidencia uma relativa melhora quando comparado ao do ano anterior, mas o parâmetro pactuado foi muito pequeno se considerado os benefícios do exame para a saúde da mulher.

Quadro 10 - Indicadores da Atenção à Saúde da Mulher, 2004/2005

Indicadores principais	2004		2005	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado
Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal	98	89,7	60	92,04
Razão entre exames citopatológicos e cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária	0,3	0,07	0,23	0,46

Fonte: Guarantã do Norte, 2005.

2 Considerações finais

O grande desafio que hoje se põe no âmbito da saúde, em nível nacional, é desenvolver a vigilância do setor entendida como uma forma de pensar e agir que pressupõe a análise permanente da situação da população quanto a esse aspecto, organizando e executando as práticas da saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes.

Considerando-se, especificamente, os problemas e agravos identificados durante a pesquisa desenvolvida no município em Guarantã do Norte, tais como a malária, a dengue, a leishmaniose, as hepatites virais, somando-se a isso a degradação do meio ambiente na região, entre outros aspectos e situações que interferem nas condições de vida e na saúde da população local, percebe-se a necessidade de reorganização das práticas de cuidados, implicando a mudança do modelo de gestão. Nesse sentido, indica-se o modelo da Vigilância da Saúde para a condução das políticas de saúde municipal.

Recomenda-se, como ponto de partida, o planejamento de ações com base na territorialização, reconhecendo-se o território habitado pela população segundo a lógica das condições de vida e o acesso das pessoas aos serviços municipais de saúde, de educação e de ação social.

Feita essa identificação, será necessário estabelecer metas, prazos e recursos, indicando os responsáveis para cada ação e envolvendo a comunidade, o controle social nas ações de prevenção e reabilitação da saúde.

Como proposta para operacionalizar a Vigilância da Saúde no município de Guarantã do Norte, será fundamental planejar ações de combate e cura às epidemias, mas principalmente de prevenção e promoção, incluindo-se toda a comunidade nessas iniciativas.

Nesse sentido, uma das estratégias será implementar a Educação Permanente em Saúde no território rural, quando as escolas terão o papel fundamental de atuar como parceiros nas ações de intervenção sobre o meio ambiente, de modo que a comunidade possa relacionar o desequilíbrio ambiental às doenças existentes.

Acrescente-se a isso os trabalhos voltados para a intersetorialidade, buscando-se a adesão de órgãos federais, estaduais e municipais, bem como igrejas, organizações não governamentais e lideres comunitários; e a manutenção da comunidade informada sobre os agravos notificados no seu território, através da elaboração dos mapas inteligentes que deverão ser trabalhados e afixados nos pontos mais frequentados pela comunidade. É importante que a comunidade conheça os planos de ação a fim de se envolver com as propostas.

À equipe de saúde e ao gestor municipal responsáveis pelo território caberá o planejamento de estratégias de acompanhamento e de avaliação continuada sobre as ações implantadas, flexibilizando as intervenções sempre que necessário.

Sugere-se, ainda, que o gestor municipal, quando da construção e implementação da Vigilância da Saúde, dentre outras ações, reúna e sistematize informações priorizando os problemas, planeje e programe ações intersetoriais, monte sistemas de informação em saúde e gerência de operações, acompanhamento e avaliação continuada.

É, de uma vez por todas, fundamental o envolvimento, o empenho e a vontade política do gestor municipal e do gestor da saúde para a efetivação da proposta da Vigilância da Saúde no município. E, nesse sentido, a busca de novas formas de trabalho, que possibilitem mudanças de condutas e ações, tornando-as mais efetivas, capazes de provocar melhorias na saúde da população.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Fóruns Regionais de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2009b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e Perspectivas. Brasília: CONASS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** Leis, Normas e Portarias atuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Portaria nº 373/2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde:** NOAS-SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação:** Resolução-RDC nº 216/2004. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/alimentos/cartilha_gicra_final.pdf>. Acesso em 10.07.2011.

GUARANTÃ DO NORTE, Secretaria Municipal. **Unidades de Saúde e Profissionais Disponíveis em Guarantã do Norte. Guarantã do Norte**: 1997.

_____. _____. **Lei Complementar N.º 0559/2002 –** Código Sanitário Municipal. Guarantã do Norte: 2002.

_____. _____. Secretaria Municipal. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Guarantã do Norte**. Guarantã do Norte: 2005.

_____. _____. Secretaria Municipal. **Notificações da Secretaria Municipal de Saúde no Período de 2004/2005**. Guarantã do Norte: 2005.

_____. _____. Secretaria Municipal. **Notificações de Agravos Realizados pela SMS, 2001/2005**. Guarantã do Norte: 2005.

_____. _____. Secretaria Municipal. **Pactuações em Guarantã do Norte, 2004/2005**. Guarantã do Norte: Vigilância Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde de Guarantã do Norte. 2005

_____. _____. Secretaria Municipal. **Recursos Humanos e Materiais para a Vigilância em Saúde**. Guarantã do Norte: 2006.

_____. Prefeitura Municipal**. Situação Atual dos Recursos Humanos na SMS de Guarantã do Norte**. Guarantã do Norte: 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Guarantã do Norte**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 07 maio 2010.

MATO GROSSO, Governo do Estado. **Lei Nº 7.110, de 10 de Fevereiro de 1999:** Dispõe Sobre a Promoção, Proteção e Preservação da Saúde Individual e Coletiva no Estado de Mato Grosso e Dá Outras Providencias. Disponível em <http://app1.sefaz.mt.gov.br/0325677500623408/07FA81BED2760C6B84256710004D3940/4DCE299F5E110E9804256AAF004E1682>. Acessado em 10.07.2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Regionalização da saúde em Mato Grosso:** em Busca da Integralidade da Atenção. Cuiabá: SES, 2002.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário:** processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Saúde e Sociedade, 1999.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de Gestão:** da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro:** Construindo uma Nova Agenda. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. **Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil:** os Consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: IPEA, 2000. n. 22.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SETA, Marismary Horsth. **A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:** uma Análise das Relações Intergovernamentais na Perspectiva do Federalismo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, Ana Maria Azevedo de Figueiredo. **Vigilância Sanitária na Saúde Pública Brasileira e sua Aproximação com o Caso Mexicano:** Proteger, Vigiar e Regular. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção Voltados para a Qualidade, Efetividades, Equidade e Necessidades Prioritários de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, XI. 2000, Brasília. Brasília: ENSP-Fiocruz, 2000. p. 261-281.

_____. **O Futuro da Prevenção**. Bahia: Casa da Qualidade, 2001.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como Fazer Teses em Saúde Pública:** Conselhos e Idéias para Formular Projetos e Redigir Teses e Informes de Pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ESTABELECIMENTOS DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE COLIDER, MATO GROSSO

Denise Pontes Duarte[32]
Ricardo Luiz Chagas[33]

1 Introdução

Os serviços de Vigilância Sanitária no município de Colíder, Mato Grosso (MT), foram regulamentados, inicialmente, através da Lei Orgânica Municipal de 05 de abril de 1990. Mais tarde, em 27 de abril de 1998, foi assinado um termo de cooperação com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), visando à descentralização das ações e serviços das vigilâncias sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador, através do Decreto Municipal nº 021/1998, que dispõe sobre a execução das ações de Vigilância Sanitária e serviços de saúde na referida localidade. E, somente em 2005, foi elaborado e sancionado o Código Sanitário Municipal, através da Lei nº 1.767, de 29 de dezembro de 2005, e criados atos normativos para a composição de uma equipe de suporte às fiscalizações (COLÍDER, 2005).

Embora a obrigatoriedade da inspeção nos estabelecimentos de ensino esteja resguardada na Lei Estadual nº 7.110/99 e na Resolução do Conselho Estadual de Educação nº 118/2001, as ações de fiscalização adotadas pela Vigilância Sanitária Municipal e direcionadas para a totalidade desses estabelecimentos somente tiveram início em 2005. Isso se deu mediante a postura adotada de se trabalhar, num primeiro momento, a sensibilização e a orientação para a mudança de condutas higiênico-sanitárias dos locais vistoriados, através da elaboração de relatórios técnicos após as inspeções nas escolas municipais, os quais eram encaminhados para a Secretaria Municipal de Educação (SME), a fim de que esta pudesse planejar a correção das irregularidades identificadas.

Segundo o cadastro das escolas realizado pela SME no ano de 2008, a Rede Municipal de Ensino atendeu 3.146 alunos, sendo 846 na Educação Infantil e 2.300 no Ensino Fundamental. Enquanto isso, segundo relatório fornecido pela Assessoria Pedagógica, a Rede Estadual de Ensino atendeu 5.570 alunos, matriculados no Ensino Fundamental, no Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos (EJA).

32 **Engenheira sanitarista, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico de Colíder, Mato Grosso (MT), egressa da** Turma III do Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde(CGSS).

33 **Engenheiro sanitarista, mestre em Saúde Coletiva, vinculado ao Ministério da Saúde, orientador.**

Naquele ano, existiam em funcionamento trinta escolas oferecendo da Educação Infantil ao Ensino Médio. Quanto ao número de alunos contemplados, as escolas da zona rural atendiam de onze a 255 alunos, com uma média de 65 alunos por escola. Das doze escolas existentes no campo, apenas quatro, ou seja, 33%, têm mais de 150 alunos. Os outros 67% variam de onze a 27 alunos.

Este trabalho tem como objetivo levantar as condicionantes do saneamento ambiental em estabelecimentos de ensino, com base nas inspeções sanitárias realizadas em 2008, no município de Colíder, contemplando a descrição da estrutura administrativa da Vigilância Sanitária Municipal e a descrição dos indicadores de abastecimento de água, destinação do lixo e sistema de esgotos nas escolas rurais e urbanas inspecionadas.

2 Metodologia

Em termos metodológicos, a pesquisa realizada tem caráter exploratório e quantitativo e fundamenta-se em fontes secundárias de informações, cujos resultados serão apresentados a partir de um relativo à organização e funcionamento da Vigilância Sanitária Municipal, explicitando a capacidade de execução das ações de vigilância assumidas pelo município (TOBAR, 2001).

Dentre os instrumentos de pesquisa utilizados, figura:

a) O cadastro de escolas em funcionamento no município no ano de 2008, informando a sua localização e a quantidade de alunos matriculados, dados esses obtidos junto à Secretaria Municipal de Educação. Quanto ao número de estudantes contemplados, as escolas da zona rural atendiam de onze a 255 alunos, sendo, em média, 65 por unidade de ensino. Dos doze estabelecimentos escolares existentes na zona rural, apenas quatro (33%) possuíam mais de 150 alunos; nos oito restantes (67%), esse número variava de onze a 27 educandos;
b) O Relatório da Assessoria Pedagógica da Secretaria Estadual de Educação, contendo o número de alunos matriculados nas escolas estaduais em 2008;
c) Relatórios Técnicos das inspeções realizadas nos estabelecimentos de ensino, considerados como serviços de interesse da saúde, pois exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde (MATO GROSSO, 2002; BRASIL, 2007);
d) Os instrumentos legais de utilização da vigilância sanitária municipal, como Leis, Decretos, Portarias e Instruções Normativas;
e) As informações do setor de Recursos Humanos referentes aos profissionais integrantes da equipe e das capacitações ofertadas a estes a partir do ano de 2005, considerado como referência na estruturação da vigilância sanitária municipal.

Para a consolidação dos dados, serão utilizados os relatórios de inspeção sanitária nos estabelecimentos de ensino publico (municipais e estaduais) e particulares, elaborados durante o ano de 2008 e agrupados segundo a zona de fixação, urbana ou rural.

3 Resultados

3.1 Organização e funcionamento

Os dados levantados, quando comparados com o mínimo necessário para o desenvolvimento das ações, tal como indicado no Manual de Orientação para a Municipalização da Vigilância Sanitária, mostram que a infraestrutura física da Vigilância Sanitária Municipal é adequada.

No entanto, quanto à capacitação dos profissionais, a Secretaria Estadual de Saúde ofertou, no período de 2005 a 2008, três oportunidades, que, mesmo não incluindo um curso relativo à inspeção sanitária, montou oficinas de elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, permitindo a identificação das necessidades e a definição das metas.

Verifica-se, também, que no mesmo período, o município custeou a participação de profissionais em eventos diversos, como simpósios, mostras e congressos, apontando a valorização dada pela administração municipal ao trabalho desenvolvido pela equipe. Essa participação rendeu a produção de trabalhos técnico-científicos relativos às atividades desenvolvidas, tais como: a adoção de selos de qualidade para as barracas inspecionadas em eventos públicos, a vigilância da qualidade da água para o consumo humano, a verificação da situação do abastecimento de água em comunidades rurais, a implementação de ações intersetoriais para a redução de casos de diarréia e para o combate à dengue.

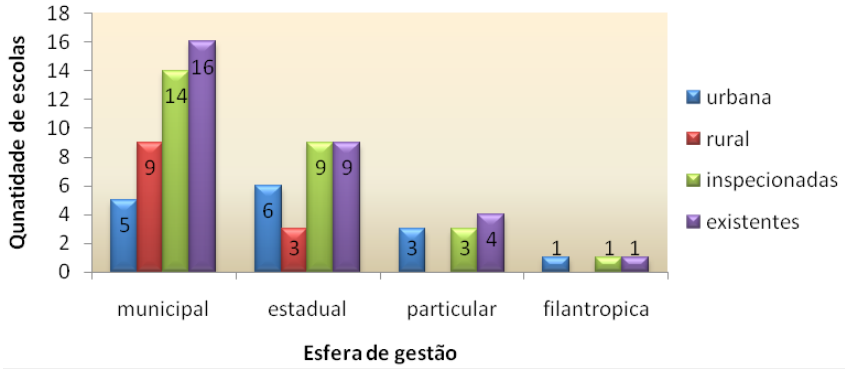
3.2 Ações da Vigilância Sanitária em estabelecimentos de ensino

Antes de 2005, algumas escolas solicitavam os serviços de inspeção da Vigilância Sanitária, para que pudessem atualizar o seu credenciamento junto à Secretaria Estadual de Educação. Feita a fiscalização, as unidades de ensino emitiam um termo de vistoria, que não contemplava a descrição dos itens vistoriados, apenas informava se o estabelecimento, em relação aos itens abastecimento de água, destinação do lixo e destino final dos dejetos, apresentava-se dentro da conformidade ou não.

A partir do citado ano, a equipe da Vigilância Sanitária, coordenada por um engenheiro sanitarista, criou o roteiro de inspeção e adotou a emissão do auto/termo e de um relatório técnico de inspeção sanitária contemplando os seguintes itens: I - identificação do estabelecimento; II - data da inspeção; III - objetivo da inspeção; IV - descrição; V - sugestões/orientações; VI - conclusão.

Segundo o cadastro da Secretaria Municipal de Educação, as escolas da zona rural localizam-se a uma distância de 10 a 73 km da sede do município, representando uma média de 44 km.

Gráfico 1 - Estabelecimentos de ensino infantil e fundamental existentes e inspecionados no município de Colíder/MT, no ano de 2008.



Fonte: Relatório de Inspeções da Visa Municipal (COLÍDER, 2008).

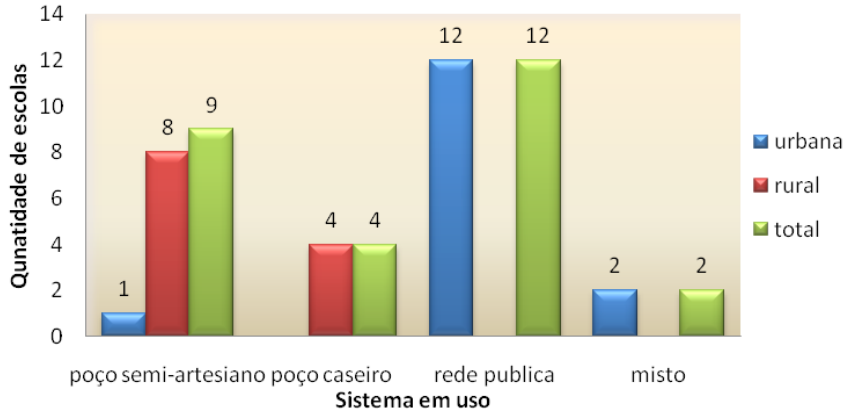
Conforme se pode verificar no Gráfico 1, a inspeção não cobriu o número total de escolas municipais e particulares existentes. Além disso, não se detectou o motivo de dois estabelimentos de ensino não terem emido o relatório técnico, somente o Termo de Vistoria, e de uma escola não ter sido inspecionada, embora tenha ocorrido uma mudança na composição da equipe no ano de 2008.

Uma vez que, como se disse, o termo de vistoria não especifica os itens analisados, essas três escolas foram desconsideradas. As outras, sejam municipais, estaduais ou filantrópicas, estabelecidas nas áreas urbana e rural, foram inspecionadas na sua totalidade. Os dados dessa fiscalização, referentes ao abastecimento de água e a destinação do lixo e dos esgotos, encontram-se detalhados a seguir.

3.3 Abastecimento de água

A presença de poços semiartesianos em oito das doze escolas rurais deve-se ao fato de, nessas áreas, ser esse o meio comumente empregado para o abastecimento coletivo, sendo que, na maioria das vezes, um único poço serve à escola, à igreja e ao espaço comunitário. As comunidades rurais que fazem uso desse recurso deveriam requerer o controle da qualidade da água regularmente, mas não se faz menção nos relatórios de inspeção se há um responsável por essa atribuição e se a água passa por algum tipo de tratamento, como estabelecido pela Portaria MS nº 518/2004 (BRASIL, 2004) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Abastecimento de água nas escolas inspecionadas no município de Colíder/MT, no ano de 2008



Fonte: Relatório de Inspeções da Visa Municipal (COLÍDER, 2008).

Percebe-se que, das escolas localizadas na área urbana e que passaram por inspeção, doze delas adotavam o sistema de abastecimento de água por via pública; duas utilizavam também o poço; uma dispunha apenas de poço semiartesiano (Gráfico 2).

Para justificar a adoção do sistema misto de abastecimento de água, a escola municipal apontou a irregularidade com que se deu essa atividade nos anos anteriores a 2002, e a escola estadual considerou inviável a manutenção das contas após a descentralização financeira ordenada pela Secretaria Estadual de Educação.

A utilização da água da rede pública favorece a garantia da qualidade da água destinada ao consumo, haja vista serem realizadas atividades de controle e vigilância, conforme definição da Portaria nº 518/2004 (BRASIL, 2004). Esse processo envolve o encaminhamento de relatórios mensais pela concessionária de água e a realização de análises pela vigilância sanitária, através do MT Laboratório, em relação a cujo procedimento não foi apresentada, no ano de 2008, nenhuma amostra em desacordo com o estabelecido.

3.4 Destinação Final do Lixo

No Gráfico 3, nota-se que, ainda em 2008, apesar da campanha desenvolvida pelo município para o combate e prevenção de queimadas, seis das escolas rurais ainda adotavam essa prática para a destinação final de seus resíduos. Por outro lado, é interessante verificar que essa mesma atividade deixou de ser praticada por outras seis unidades escolares, que passaram a enterrar os seus dejetos em

valas. Esse avanço é fruto da facilidade de interlocução mantida entre a Vigilancia Sanitária e a Secretaria Municipal de Educação.

Das escolas inscritas no perímetro urbano, todas as quinze destinavam o lixo produzido para a coleta regular efetuada pelo órgão municipal competente, representando mais da metade do total dos 27 estabelecimentos de ensino inspecionados pela Vigilância Sanitária no ano de 2008. Isso indica que o serviço de coleta de lixo atendia às necessidades da população com regularidade e frequência adequadas.

Gráfico 3 - Destinação final do lixo nas escolas inspecionadas no município de Colíder/MT, no ano de 2008

Fonte: Relatório de Inspeções da Visa Municipal (COLÍDER, 2008).

3.4 Destinação Final de Esgotos

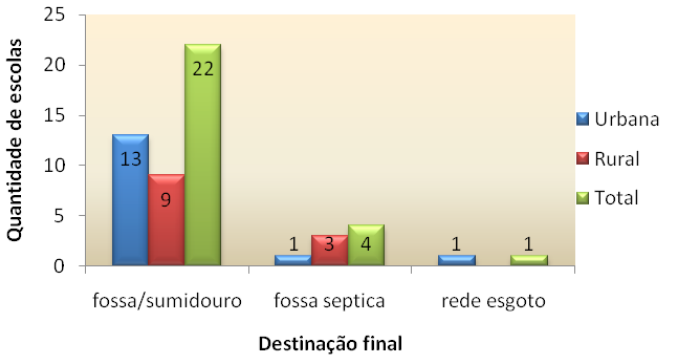
Analisando as informações dos relatórios técnicos das escolas instaladas na área urbana e rural do município de Colíder, verifica-se que 22 faziam uso de fossa/sumidouro; quatro, de fossa séptica; e apenas 1 estava ligada à rede coletora de esgotos (Gráfico 4). Neste último caso, a rede era interligada à Estação de Tratamento de Esgotos, em funcionamento desde outubro de 2008 e atendendo a 48% da área urbana, cobertura essa que contemplava a localização de todas as escolas locais.

Como as inspeções eram realizadas ao longo de todo o ano e as ligações a rede coletora de esgotos tiveram início no mês de outubro, esperava-se que essa situação fosse revertida no ano de 2009, a partir das novas inspeções, por ocasião das quais se fariam notificações determinando-se os prazos para que as escolas realizassem a ligação à rede pública.

Os dados referentes à utilização de fossa séptica podem apresentar distorções em virtude da qualidade do treinamento recebido pela equipe para a identificação ou diferenciação da presença desse sistema, levando em consideração sua elaboração com base em projeto técnico, embora as demandas das escolas estaduais que passaram por reforma já tivessem sido atendidas quanto a esse critério.

Os relatórios técnicos informam não detectaram vazamentos ou irregularidades nos sistemas de destinação final dos esgotos, tanto no caso de fossa/sumidouro quanto de fossa séptica.

Gráfico 4 - Destinação final dos esgotos nas escolas inspecionadas no município de Colíder/MT, no ano de 2008



Fonte: Relatório de Inspeções da Visa Municipal (COLÍDER, 2008).

4 Discussão

A inspeção nas escolas vai muito além da obrigatoriedade instituída em leis e decretos. Passa pela real definição da necessidade de que o ambiente escolar não traga prejuízos à saúde dos alunos, muitas vezes expostos a situações de vulnerabilidade, decorrentes das situações econômicas e sociais que permeiam a realidade na qual se inserem. E isso se torna evidente quando se apreende que, das escolas existentes em Colíder e que ofertavam os níveis de Educação Infantil e Ensino Fundamental, 87% eram da rede pública, mantidas quer pelo município quer pelo Estado.

Essa fiscalização depende de um olhar multiprofissional, exigindo que a equipe esteja adequadamente capacitada. Nesse sentido, vale lembrar que essa capacitação não depende somente dos recursos repassados pela União ou pelo Estado, implicando, antes, que os trabalhadores de saúde tenham o interesse de se identificarem como "fazedores de atos de saúde", requerendo, assim, a educação

permanente na área, através da discussão coletiva, da busca por informação e do conhecimento das bases legais que norteiam as inspeções. O poder de persuasão e de influenciar a mudança de hábitos tão antigos deve estar embasada em informações reais.

As ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária fundamentam-se em leis e normas legais, bem como em princípios de prevenção e identificação de riscos à saúde. Sendo assim, a notificação com prazo determinado e a cobrança efetiva da correção de possíveis irregularidades devem ser compreendidas pelos notificados como melhorias necessárias, independentemente de já ter havido ou não riscos à saúde. Logo, as explicações sobre o problema e as orientações para solucioná-lo têm o poder de interferir nos hábitos e mudar as visões sobre uma Vigilância Sanitária que culturalmente só multa e interdita, passando a ser reconhecida por seu comprometimento com o bem-estar da comunidade.

A utilização da rede pública de abastecimento de água garante à população o consumo de um produto adequado em termos quantitativos e qualitativos, haja vista o grande controle e fiscalização sobre o referido sistema de abastecimento. A adoção do poço para a redução de despesas com a cobrança de tarifa de água, se não for precedido do monitoramento e tratamento da água, pode acarretar grandes prejuízos à economia e à saúde, que acabariam pesariam mais do que o valor da conta a ser pago. Deve-se prezar pelo consumo consciente, sem desperdício, de água, que inclua a utilização de alternativas para o seu reaproveitamento. Podem-se elaborar panfletos que orientem os usuários sobre a limpeza dos poços e a instalação de sistemas econômicos de dosagem de cloro para as escolas rurais.

Nas comunidades rurais que empregam o modelo de consumo comunitário ou, mesmo, de rede de abastecimento de água, torna-se prioritária a garantia da qualidade da água disponibilizada, em virtude do maior número de pessoas, da própria redução de gastos operacionais e da facilidade de fiscalização do sistema. Nas demais, deve-se orientar as unidades de ensino para a manutenção da limpeza dos reservatórios, do entorno dos poços e da correção de situações que possam vir a interferir na qualidade da água consumida.

Quanto à prática da queima de lixo adotada em escolas rurais, nota-se que se trata de uma herança histórica, decorrente do surgimento dos núcleos habitacionais após o desmatamento das áreas nativas, nas quais as atividades eram individuais. Não se deve culpar a população por essa conduta incorreta, pois ao longo dos anos o perfil do que é considerado lixo tem mudado muito: anteriormente, seriam folhas e podas, matéria orgânica propriamente dita e, hoje, materiais com características variadas, frutos da industrialização e do consumismo e que provocam alterações no meio ambiente e trazem danos à saúde.

Considerando que a Vigilância Sanitária compreende um conjunto de ações, é importante que seja feito um trabalho de orientação nas escolas que ainda

fazem uso da queima, apontando alternativas possíveis para a diminuição do impacto resultante dessa prática, através da redução e do reaproveitamento de resíduos ou materiais orgânicos para a compostagem.

Nas escolas da área urbana, devem-se priorizar as ações voltadas à coleta seletiva, desenvolvendo-se, junto à comunidade escolar, atividades voltadas para a segregação dos materiais recicláveis e sua destinação à usina de triagem e compostagem, que foi inaugurada em julho de 2008, juntamente com o aterro sanitário, e tem gerado emprego a famílias de catadores. Podem-se desenvolver diversas ações de cunho ambiental, como a instalação de lixeiras seletivas no pátio e nas salas de aula, a pesagem semanal do lixo, a redução e o reaproveitamento do que for descartado pelos alunos.

É notório que a falta de informação sobre os perigos e malefícios à saúde e ao meio ambiente, além do mau cheiro e dos prejuízos à paisagem, causados pela disposição inadequada dos resíduos, implica o surgimento de condições de vulnerabilidade ambiental e de determinadas doenças.

Quanto à identificação da destinação final dos esgotos nas escolas, deve-se promover a Educação Permanente em Saúde junto à equipe de trabalho, para que estas sejam capacitadas a reconhecer cada tipo de sistema de tratamento adotado e a real necessidade de sua utilização, ou seja, não somente do ponto de vista evidenciado nos relatórios, os vazamentos, mas também dos prejuízos aos recursos hídricos.

Uma vez que a localização das escolas na área urbana contempla a rede coletora de esgotos, a Vigilância Sanitária do município deveria incluir nas inspeções a serem realizadas em 2009 a solicitação da ligação na rede, definindo um prazo para a sua efetiva execução e a posterior confirmação formal da tarefa. Também, deveria lançar e divulgar, através de rádio e televisão, uma campanha educativa apelando tanto para a concessionária de água e esgoto quanto para a administração municipal sobre a importância e os benefícios dessa interligação e sobre os custos econômicos implicados na ação.

É importante que os agentes de saúde ambiental e os agentes comunitários de saúde sejam incluídos como os interlocutores da comunidade na dinâmica educacional. Ademais, devem deter conhecimentos claros sobre a rede coletora e a estação de tratamento de esgotos, a rede de abastecimento e a estação de tratamento de água, além do aterro sanitário e a usina de triagem e compostagem, para que fortalecerem o processo de Educação Permanente em Saúde empreendido no município de Colíder.

Deduz-se que a zona rural, em virtude da forte concentração populacional existente e das atividades produtivas que desenvolve, pode requerer menos recursos e investimentos em ações de saneamento que a área urbana. Só que, na verdade, isso não isenta as escolas de, durante as inspeções sanitárias, terem identificadas

como irregularidades a disposição inadequada dos resíduos, o não tratamento da água para o consumo humano e a disposição dos esgotos a céu aberto, as quais, portanto, necessitam ser corrigidas no ambiente escolar.

Este trabalho constitui-se numa discussão preliminar sobre a importância da inspeção sanitária de qualidade e que tenha como princípio norteador orientar e discutir com a comunidade escolar e com os gestores sobre as possibilidades de mudança das situações de risco existentes.

5 Limitações

Por se tratar de um trabalho de rotina da Vigilância Sanitária, verifica-se que os relatórios emitidos são basicamente iguais e não levam em conta informações sobre as comunidades ou regiões nas quais as escolas estão instaladas.

Nota-se, também, que essas inspeções não são impeditivas da emissão do alvará sanitário, mas seguem como orientações para a administração escolar. Isso pode estar relacionado ao fato de ser bastante difícil a interdição ou aplicação de multas a estabelecimentos de ensino.

Nesse contexto, uma medida fundamental, senão obrigatória, segundo a Portaria 518/2004 (BRASIL, 2004), seria proceder à vigilância da qualidade da água para o consumo humano, tanto de poços como de bebedouros, através da análise mensal de amostras pelo laboratório de referência. A esse respeito, percebe-se haver empecilhos, pois no ano de 2008 essas análises só foram realizadas em três meses do ano.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.

COLIDER. **Decreto nº 021/1998**. Dispõe sobre a execução das ações de vigilância sanitária e serviços de saúde no município de Colíder. Colíder, 1998.

_____. **Lei nº 1767**, de 29 de dezembro de 2005. Institui o Código Sanitário Municipal e dá outras providencias. Colíder, 2005.

_____. **Relatório de Inspeção da Visa Municipal.** Colíder, 2008.

MATO GROSSO. Lei nº 7.110, de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva no Estado de Mato Grosso e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 fev. 1999.

_____. **Resolução n. 118**, de 20 de abril de 2001. Fixa normas para autorização e reconhecimento de etapas e modalidades de ensino em nível de Educação Básica, nos estabelecimentos públicos e privados de ensino, e dá outras providências. Mato Grosso, 2001.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionalização da Saúde em Mato Grosso:** em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES, 2002.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

O COTIDIANO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM BARRA DO GARÇAS, MATO GROSSO

Andréia Moreira de Andrade[34]
Elisete Duarte [35]

1 Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é, reconhecidamente, um profissional importante na organização das ações de saúde, na promoção do cuidado, na conscientização da população para o autocuidado e na defesa da vida, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1992, recuperou diversas e diferentes práticas no país, tendo sido a experiência desenvolvida no Ceará a que mais contribuiu para o desenho da execução do programa em nível nacional.

As atribuições dos ACS se encontram definidas, desde 1999, destacando-se, entre outras, criar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 1999).

A situação atual dos Agentes Comunitários de Saúde é uma preocupação constante das políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em especial aquelas relacionadas à gestão do trabalho e à formação dos profissionais envolvidos. Alguns autores reconhecem a natureza inovadora do trabalho por eles empreendido, bem como a fragilidade de sua identidade e a incipiência em sua regulamentação (FERREIRA, 2007).

A estratégia Saúde da Família é operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais instaladas nas unidades básicas de saúde. Nesse programa, os trabalhos em equipe são o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes dos grupos e desses com o saber popular do ACS. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Neste trabalho objetiva-se descrever o cotidiano da atuação profissional dos ACS que compõem as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em Barra

34 Farmacêutica e bioquímica, vinculada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva (UFAC) egressa da Turma II do Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

35 Enfermeira, doutora em Ciências, docente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFMT).

do Garças, um município de médio porte do interior do estado de Mato Grosso. Na pesquisa desenvolvida, foram identificadas as principais atividades executadas por esses trabalhadores junto à comunidade e na unidade de saúde local, apontando-se algumas dificuldades encontradas, na perspectiva dos agentes, para o desempenho de suas funções. Este texto reúne, portanto, subsídios que convergem para a superação desses problemas.

2 Atenção Primária à Saúde e os ACS

Uma das definições mais conhecidas e abrangentes para a atenção primária à saúde (APS) é a formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978):

> A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estagio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Neste trabalho, entende-se a APS como sinônimo da atenção básica à saúde (ABS), segundo sua usual denominação no Brasil, sendo seus princípios fundamentais a integralidade, a qualidade, equidade e a participação social (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família constitui a estratégia priorizada pelos três níveis de gestão do SUS para a reorientação da ABS e do modelo assistencial, de sorte que não deve ser entendida como uma ação paralela nos serviços municipais de saúde. Essa concepção pressupõe práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Mediante a adscrição da clientela, as equipes estabelecem vínculo com a população, possibilitando a assunção do compromisso e da corresponsabilidade junto aos usuários e à comunidade (BRASIL, 2006).

Essa estratégia é operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais instaladas nas unidades básicas de saúde e que desenvolvem ações de promoção da saúde e de prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Trata-se de um trabalho indispensável ao permanente estabelecimento de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes das

equipes e destes com o saber popular do ACS.

As equipes são compostas, pelo menos, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS. Quando ampliada, conta, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada grupo se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de mil famílias de determinada área, mas a sua atuação ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

A profissão do ACS foi criada pela Lei nº 10.507, em 2002, definindo-se que o exercício das atribuições desse agente restringe-se exclusivamente ao âmbito do SUS, sob a supervisão do gestor local em saúde. Essa definição foi fruto do Decreto nº 3.189, de 1999, que fixava as diretrizes para o exercício da atividade, identificando o ACS como um trabalhador que atua nos campos de interface da saúde, quais sejam a assistência social, a educação e o meio ambiente.

Na visão do Ministério da Saúde, a competência profissional é a "[...] capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades." (BRASIL, 2006).

Essa concepção implica a determinação, no documento oficial, de uma série de capacidades a ser demonstrada pelo ACS: iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática e a coordenação com outros atores nas situações singulares e específicas da sua atuação. O desenvolvimento de tais capacidades mostra-se desafiador para qualquer categoria profissional.

Além das atribuições imputadas a todos os profissionais da equipe, a Portaria 648/2006 institui aquelas específicas dos ACS, cabendo ao gestor municipal ampliá-las de acordo com as particularidades locais. Entre elas, destacam-se:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita;

II - trabalhar com a adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas localidades em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, a partir das necessidades definidas pela equipe.

3 A realidade local de Barra do Garças

A origem do município de Barra do Garças, por volta do ano de 1924, está diretamente ligada ao garimpo, a primeira atividade econômica praticada por seus habitantes. Com uma área de 8.761,13 km^2 e uma população estimada em 55.129 habitantes, situa-se a 520 km da capital do Estado, fazendo divisa com Goiás.

Atualmente, as principais atividades econômicas praticadas no município são a agricultura, a pecuária e o comércio varejista (BARRA DO GARÇAS, 2002). A região enfrenta problemas no período das chuvas com as enchentes do rio Araguaia e no período de seca com as queimadas. O abastecimento de água atende a 93% da zona urbana e 7% da zona rural. A coleta de resíduos sólidos é realizada diariamente e atende 100% das residências urbanas. O esgotamento sanitário é realizado principalmente através de rede de esgoto (61,5%); seguido pelo uso de fossas sépticas (35,4%); depósito a céu aberto (1,9%) e por outros meios (1,2%) (BARRA DO GARÇAS, 2002).

3.1 O SUS em Barra do Garças

A Lei Orgânica do Município foi aprovada em 1990 e possui uma dezena de artigos referentes à saúde, nos termos voltados: à garantia do direito à saúde e do dever do poder público; à garantia de assistência de média e de alta complexidade; ao estabelecimento da importância do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como a instância deliberativa, consultiva e recursal; aos recursos obtidos nas mais diversas formas; e, também, à criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

O CMS foi criado em 1993, sendo um dos seus objetivos a convocação da Conferência de Saúde para a aprovação da política de saúde do município. O CMS possui doze membros e é composto de forma paritária, com 50% de representantes dos usuários. Os conselheiros recebem capacitação através da Secretaria Estadual de Saúde (SES). A I Conferência Municipal de Saúde ocorreu em 1996 e contou com assessoria da SES para essa realização e a consolidação das propostas. A última conferência deu-se em 2003, tendo sido apresentadas por essa ocasião 84 propostas a serem implementadas.

O FMS foi criado em 1991, e a lei que o instituiu esclarece sobre as receitas que o integram, identificando a participação do CMS e dispondo sobre a gestão dos recursos financeiros pelo secretário municipal de saúde. Hoje, a movimentação desse fundo segue as exigências estabelecidas pela legislação, sendo o secretário municipal de saúde o ordenador de despesas e o seu gestor.

O município de Barra do Garças, desde 2003, está enquadrado na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme previsto nas normas operacionais da assistência à saúde (NOAS/2002), e conta com uma equipe

de Controle, Avaliação e Auditoria. O Sistema Municipal de Saúde dispõe de servidores cedidos pelo Estado, pelo Ministério da Saúde, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), por servidores contratados e concursados pelo município, além de cargos comissionados. A partir de 2005, com a elaboração de um novo Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), as especificidades da área da saúde foram contempladas. Quanto às ações de desenvolvimento de Recursos Humanos, o município segue a política de capacitação oferecida pela SES, através da Escola de Saúde Pública e do Escritório Regional de Saúde.

A rede hospitalar conta com o Complexo Hospitalar Garças-Araguaia, que dispõe de serviços de urgência e emergência e de internação, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), duas unidades de apoio do setor privado, duas policlínicas, um centro de referência e especialidades, um centro de reabilitação e fisioterapia, um centro odontológico regionalizado, uma unidade de coleta e transfusão, um banco de sangue, um laboratório central, uma farmácia básica, uma central de regulação, um centro de atenção psicossocial e um hospital dia. Ademais, encontram-se disponíveis para a população uma variedade considerável de serviços públicos de saúde, em parceria com o setor privado, em especial de endoscopia, neurologia, angiologia e nefrologia (BARRA DO GARÇAS, 2004).

Barra do Garças é referência para os municípios da macro e da microrregião, principalmente na atenção especializada, UTI e apoio diagnóstico de média e alta complexidade. É o município sede do Consórcio Intermunicipal Garças-Araguaia, que atende uma população de aproximadamente 113.000 habitantes (BARRA DO GARÇAS, 2004).

O município é abastecido com os serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e todos os estabelecimentos encontram-se sob fiscalização sanitária e estão cadastrados. Verifica-se ampla cobertura vacinal da população, sendo pleno o funcionamento de ações de controle de zoonoses (BARRA DO GARÇAS, 2004).

Os programas especiais induzidos pelo Ministério da Saúde estão implantados no município, onde a primeira equipe do PSF foi criada no ano de 1995; atualmente, há treze delas na zona urbana e uma na zona rural, e, desse total, onze são contempladas com serviços de saúde bucal, representando uma cobertura populacional de 73,56% (BARRA DO GARÇAS, 2004).

Atuam na região, hoje, 85 ACS, distribuídos nas treze unidades de saúde da família (USF) existentes, dos quais oitenta são do sexo feminino e apenas cinco do sexo masculino. Sessenta deles, ou seja, a maioria, foi admitida através de concurso público municipal, e os vinte e cinco restantes ainda se vinculam ao trabalho por meio de contratos temporários. Quanto à faixa etária, esses ACS têm, em sua maioria, entre 36 a 45 anos (Tabela 1). Relativamente ao nível de formação escolar, 75% possuem o segundo grau completo e nenhum deles apresenta escolaridade

inferior ao 1º grau completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos ACS do Programa de Saúde da Família de Barra do Garças, segundo a faixa etária e o grau de escolaridade, em 2006

Faixa etária	**n**	**%**
18 a 25	11	12,94
26 a 35	30	35,30
36 a 45	35	41,18
Acima de 45	09	10,58
Total	85	100
Grau de escolaridade	**n**	**%**
Superior completo	03	3,53
Superior incompleto	05	5,88
2º grau completo	63	74,12
2º grau incompleto	10	11,77
1º grau completo	04	4,70
Total	85	100

Fonte: Secretaria Municipal de Administração de Barra do Garças/MT (2006).

4 Materiais e métodos

Este texto consubstancia um estudo qualitativo cujo objeto de investigação foi o cotidiano dos ACS no município de Barra do Garças, com vistas à compreensão das atividades desenvolvidas por esses profissionais e os problemas enfrentados para executá-las.

Para a coleta dos dados, adotou-se a técnica de grupo focal, que Levi, Matos e Tomita (2004) definem "[...] como uma forma de entrevistas com indivíduos com características que os tornem coesos como um coletivo, baseando-se na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados."

Concordando com essa definição, Powell e Single (*apud* GATTI, 2004, p. 449) afirmam que o grupo focal pode ser definido como "[...] um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal."

A escolha dessa técnica ainda foi pautada pelo baixo custo para a sua execução, bem como pelo fato de permitir que o pesquisador consiga colher boa quantidade de informações em um período de tempo mais curto (GATTI, 2005).

Foram convidados para a reunião doze ACS, sendo um de cada unidade do Programa Saúde da Família do município. Os ACS de uma dessas unidades foram excluídos, pois contribuíram previamente para a elaboração do roteiro norteador do grupo focal. A reunião com o grupo ocorreu em 11 de outubro de 2006, em uma sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde local. O encontro foi mediado pela pesquisadora principal deste estudo e auxiliado por mais um relator que acumula experiência na aplicação da técnica.

No local da reunião, os ACS foram esclarecidos individualmente sobre o estudo, seus objetivos e implicações e, em seguida, foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A reunião estendeu-se por 1h06min15seg e foi gravada e relatada. Ao final, foi oferecido um lanche de confraternização aos participantes, em agradecimento pela colaboração.

Os principais eixos de discussão foram as atividades realizadas dentro do PSF, as ações desenvolvidas na comunidade e as principais dificuldades encontradas na execução dos trabalhos.

5 Resultados e discussão

De acordo com os dados coletados, os ACS atuantes no município de Barra do Garças são, predominantemente, mulheres adultas que possuem vínculos estáveis de trabalho e o nível mínimo de escolaridade exigido para o desempenho de sua função. Destaque-se que, na localidade, é inexpressiva a quantidade de vínculos de trabalho na área em caráter temporário.

Os resultados do estudo realizado reforça elementos já descritos sobre outras realidades do país, os quais, além disso, guardam algumas similaridades entre si. Tal caso se deu, por exemplo, quando foram colocadas em questão as principais atividades desenvolvidas pelos ACS dentro da unidade de saúde, tendo-se observado que todos se encontravam envolvidos em atividades de apoio junto à equipe do PSF.

Os ACS participam, em sua totalidade, das reuniões da equipe. Para Levy, Matos e Tomita (2006), encontros dessa natureza representam um momento em que os vínculos entre os profissionais de diferentes formações são efetivados por meio da discussão das dificuldades vividas e da busca conjunta de soluções. Nessas ocasiões, realizam-se dinâmicas que promovem a interação entre os membros dos grupos e estimulam a livre expressão de ideias e sentimentos:

> *Temos que trabalhar em equipe [...] toda quarta temos reunião com a equipe*. (I3).
> *Ficamos na unidade também pra fazer relatórios*. (I2).

Entretanto, essas reuniões não acontecem sem que sejam explicitados os conflitos e as discrepâncias que naturalmente envolvem uma equipe multidisciplinar e composta por profissionais oriundos dos mais diversos estratos sociais. Sendo assim, ao mesmo tempo em que há trocas de experiências, o papel de cada um é reforçado em seus pontos de vista individuais acerca do que sejam as atribuições dos outros.

Ressalta-se, ainda, que parte do trabalho de um ACS dentro da unidade de atendimento refere-se a informar/atualizar outros membros da equipe quanto ao andamento do tratamento de determinados pacientes, segundo exigir a natureza ou a gravidade da doença. Conforme registrado pelo grupo focal, os médicos e enfermeiros tomam conhecimento do estado de saúde dos enfermos que recebem tratamento contínuo através de relatórios orais feitos pelos ACS, o que se torna um instrumento de auxílio ao monitoramento dos casos:

> *Muitos médicos nos perguntam sobre o estado de saúde ou sobre o andamento do tratamento de um determinado paciente*. (I7).
> *[...] a enfermeira quer saber tudo o que está acontecendo na área*. (I3).

Embora isso pareça não estar tão explícito para os agentes, suas falas indicam que eles são encarados como "pau para toda obra" pelos membros da equipe de saúde, principalmente os profissionais com nível superior de ensino. Na realidade, os ACS são informalmente responsabilizados tanto para substituir um agente administrativo no caso de uma falta eventual, quanto para realizar os mais diversos serviços, inclusive de limpeza da unidade:

> *Fazemos de tudo, inclusive serviços gerais. De vez em quando a gente se reúne para providenciar uma faxina dentro da unidade. A gente precisa trabalhar em equipe, se está faltando alguém dos serviços gerais ou da parte administrativa, a gente vai e substitui*. (I3).
> *Todos os dias fica um agente de plantão no horário de almoço. A gente faz revezamento para que a unidade nunca fique sem gente*. (I5).
> *A gente sempre cobre o serviço de alguém que falta na equipe, já auxiliamos até o dentista*. (I5).

As atividades de apoio do ACS a sua equipe, em rotinas administrativas internas à unidade de saúde, já foram referidas anteriormente em outras pesqui-

sas. Ferraz e Aerts (2000), por exemplo, discutiram o cotidiano de trabalho desse agente no PSF de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, na qual o parece constituir em uma atividade esporádica é explicitado de forma contundente nas falas dos ACS de Barra do Garças. Enfim, concorda-se com a afirmação de que "[...] o trabalho de suporte que os agentes vêm prestando às equipes de saúde sinaliza que, além de ser sobrecarregado com tarefas de sua atribuição, passa a ser um 'tapa-buraco' da carência de outros profissionais nos serviços de saúde." (VASCONCELOS *apud* FERRAZ; AERTS, 2000).

Em um segundo momento, o grupo focal discutiu quais seriam as principais atividades desenvolvidas junto à comunidade. A esse respeito, os ACS relataram realizar um trabalho de prevenção, orientando os pacientes diabéticos, hipertensos e gestantes, a fim de tentar solucionar os problemas de acordo com as prioridades de cada família. Faz parte dessas ações as orientações sobre higiene pessoal, alimentação e uso adequado de medicamentos, como medidas que garantem a eficácia dos tratamentos, e sobre o acompanhamento das crianças:

> *A gente pesa as crianças menores de dois anos, cinco dias antes do relatório mensal, e quando a gente vai pesar, a gente vê se aquela criança deu diarréia, se adoeceu, se foi ao médico, se ta com o peso baixo [...]* (I9).
> *Na minha área eu identifiquei várias crianças com peso baixo, com desnutrição e através da multi-mistura eu fui tratando dessas crianças, com o consentimento das mães, da médica e da enfermeira*. (I6).
> *O medicamento dos hansenianos a gente tem que estar sempre acompanhando por que eles interrompem o tratamento por conta própria, falam que não vão mais tomar o remédio por que está dando dor no estômago*. (I2).

No delineamento do perfil de competências do ACS, em documento recente elaborado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, destaca-se a "valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador de saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente".

Com relação ao trabalho educativo prestado pelo referido profissional, Ferraz e Aerts (2006) ressaltam que a sua participação em ações pontuais e simplificadas parece produzir impacto significativo e relevante em termos de saúde coletiva. Nas falas dos participantes do grupo focal, destaca-se a sua participação em atividades físicas e de integração conduzidas pela unidade de saúde:

> *A enfermeira da minha unidade acompanha a gente na caminhada toda semana com os idosos*. (I4).

Além das reuniões, estabelecidas semanalmente dentro da unidade, os ACS também participam de outros mais encontros, envolvendo a comunidade e

demais profissionais da área. Essas reuniões possuem caráter informativo, de educação em saúde, e os agentes são responsáveis tanto pela mobilização da comunidade quanto por atividades que lhe são atribuídas pelos profissionais de saúde que os acompanham nestas atividades:

> *Fazemos reuniões envolvendo especialistas, como nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, psicólogos, médicos e a comunidade. Dessas reuniões participam diabéticos, hipertensos e a comunidade em geral*. (I8).
> *A gente acompanha o dentista em palestras nas escolas e faz até aplicação de flúor*. (I1).

Em algumas unidades, conforme acordado com a equipe, os ACS possuem também a atribuição de ir à casa dos pacientes para avisá-los sobre resultados de exames, agendamento de consultas, entrega de medicamentos, entre outras. Não raro, são eles mesmos que recebem as críticas dos usuários sobre deficiências relacionadas aos serviços de atenção à saúde:

> *Sempre que recebemos os resultados dos exames a gente vai até a casa do paciente avisar que o resultado está na unidade*. (I6).
> *Somos também cobrados quando está faltando remédio e quando estes chegam a gente precisa ir até a casa do paciente levar o remédio ou avisar que ele pode ir buscar na unidade*. (I6).
> *Mesmo os pacientes que consultam nas policlínicas cobram dos agentes de saúde providências quanto ao andamento do tratamento, recebimento de remédios e agendamento de consultas ou exames*. (I9).

As demandas relacionadas à comunidade nem sempre se inserem no âmbito da saúde ou se referem a suas atribuições, e, em algumas situações, os ACS assumem responsabilidades de apoio às famílias que extrapolam as competências descritas como sendo suas:

> *Muitas vezes, a gente fica sabendo de um determinado caso, de uma pessoa, geralmente idosa, que mora sozinha e não possui condições sequer de fazer uma limpeza na sua casa. Então a gente se reúne e nós mesmos fazemos isso*. (I5).

Parece relevante a discussão acerca da posição e dos significados assumidos pelo ACS nesse universo relacional e dos resultados destes na sua prática concreta. É importante ressaltar que essa dinâmica atravessa as interações que envolvem os outros membros da equipe do PSF, na medida em que o próprio programa propõe que essas relações se estendam para além das fronteiras da unidade de saúde. Nesse sentido, o universo de atuação alarga-se e a lógica das interações transforma-se. A entrada no mundo familiar inevitavelmente traz consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos (NUNES *et al*., 2002). É o que se pode captar destes fragmentos de fala:

> *Lá no meu bairro eu tenho idosos que moram sozinhos e muito carentes, ai a colega às vezes passa por lá e fala: Ah! Passei na porta da casa de fulano e ele está reclamando que você não vai lá... Às vezes você até já foi lá naquela semana, mas eles querem que você passe por lá para ouvi-los*. (I1).
> *Às vezes você fica mais de uma hora na casa da pessoa só ouvindo os problemas*. (I1).

A participação do ACS na vida e na intimidade dos membros da comunidade, principalmente das pessoas que mais necessitam de assistência, termina por criar um vínculo de dependência entre estas e o agente comunitário. Se, dentro da unidade, ele passa a ser encarado como um "faz tudo", fora dela a situação não é muito diferente, já que os moradores invariavelmente demandam desse profissional respostas a um conjunto de situações, colocadas, muitas vezes, para além das suas competências profissionais:

> *Parece que as pessoas já se acostumaram a cobrar dos agentes tudo que se relaciona com saúde*. (I2).

A proximidade do ACS com a comunidade, pelo fato de este pertencer ou residir muito próximo dela, além de integrar o mesmo grupo social, propicia o estabelecimento dessa intimidade, ao mesmo tempo em que coloca o trabalhador da saúde em situações limites:

> *A minha micro-área faz parte de um ponto de drogas, no início, quando comecei a trabalhar aqui neste bairro, a mais de seis anos, tive muita dificuldade por que eles não me deixavam entrar sozinha, queriam sempre que a outra agente estivesse junto, depois eles foram se acostumando comigo*. (I7).

Além das questões que envolvem a delinquência juvenil, o tráfico de drogas e demais situações que estariam mais sujeitas à intervenção da segurança pública, o ACS também é espectador de casos de violência doméstica, muitas vezes em horários que extrapolam ao de sua jornada de trabalho:

> *Assim quando acontece alguma coisa fora do horário de trabalho, um acidente, ou o marido bateu na mulher, aí eles falam: 'Vai lá na agente de saúde que ela resolve [...]'* (I9).
> *Na minha unidade nós tivemos um problema: nós desconfiamos que o padrasto estava molestando o próprio enteado, aí a gente fez um comunicado para o Conselho Tutelar*. (I3).

Há, também, situações que exigem desse profissional o esclarecimento da comunidade quanto aos seus direitos de cidadãos e a sua compatibilização com as crenças populares:

> *Lá na área de uma colega minha ela está com problemas, por que a mulher ganhou neném e disse que não vai registrar a criança, disse que só registra depois de sete anos*. (I3).

Esse vínculo que o ACS cria com a comunidade na qual atua faz com que ele se coloque no papel de um amigo, de alguém disposto a ouvir aqueles que não têm a quem se queixar ou com quem conversar:

> *No meu bairro existem idosos que moram sozinhos. A maioria deles reclama que a gente não passa lá todos os dias. Às vezes, a gente percebe que as pessoas adoecem por falta de carinho, de conversa. Então a gente termina sendo um pouco psicólogo*. (I1).

Tomaz (2002) advoga que as atribuições do ACS sejam definidas mais claramente e que seu papel seja entendido de forma menos romântica.

No grupo focal, esses agentes foram estimulados a debater sobre as principais dificuldades com que se deparam no desempenho de suas atividades junto à comunidade. Pelo que se pôde apreender de suas falas, os problemas elencados nivelam-se aos detectados em outros estudos.

Inicialmente, o ACS reclamaram, entre outros fatores, da falta dos materiais básicos e equipamentos de que devem dispor para o desenvolvimento de suas atividades e para sua proteção dos rigores do clima:

> *Nosso trabalho é muito difícil na época do sol deveria ter protetor e na época da chuva deveria ter capa de chuva*. (I8).
> *As nossas balanças são muito complicadas por que falta manutenção, as pessoas falam assim: essa balança sua é doida! A gente engorda cinco quilos de um dia para o outro*. (I8).

Por vezes, as queixas disseram respeito à falta de maior reconhecimento do seu trabalho por parte da comunidade, com relação ao qual esta chega até mesmo a demonstrar certa desconfiança:

> *Temos dificuldades em relacionar com a comunidade, as pessoas não reconhecem o nosso trabalho! Tenho um amigo que por falta de um crachá de identificação foi impedido várias vezes de fazer visitas. [...] o rapaz perguntou o que ele tinha que identificasse ele, por que não está tendo crachá, nem uniforme, nem nada*. (I5).

Outra reclamação presente nas discussões do grupo focal ligou-se à descontinuidade das condições necessárias à atenção à saúde ou à demora na entrega dos resultados de exames diagnósticos. Diante de situações como essas, o ACS é o primeiro da ESF a ser cobrado pela comunidade:

> *Muitas vezes alguém passa mal e o primeiro socorro é do agente de saúde. Chamamos a ambulância, o atendimento é feito e ele volta para casa, como os exames são demorados, a gente fica sem saída por que todos os dias somos cobrados. Com as pessoas que tomam remédios controlados também acontece algo parecido, pois quando o remédio falta a gente fica sem saber o que fazer, sem saída para a situação*. (I9).

Em alguns casos, as barreiras encontradas pelos ACS se associaram às características de sua área de atuação. Há bairros periféricos que mais se assemelham a regiões rurais, nos quais é muito grande a distância entre uma residência e outra ou entre o domicílio do ACS e a unidade de atendimento, requerendo dele um grande esforço para percorrer todo esse espaço de trabalho:

> *No meu caso, a principal dificuldade é a distância do PSF da minha micro-área. Se tivéssemos um carro de apoio na unidade facilitaria muito o trabalho da gente*. (I1).
> *No meu caso, a minha casa é mais próxima da micro-área do que o PSF então eu passo em todas as casas da área antes de ir no PSF, porque senão gente perde muito tempo*. (I6).

Em outras situações, os ACS são demandados a cadastrar usuários não residentes em sua área de atuação:

> *Na minha região existem muitos comércios e os proprietários querem que a gente os cadastre como famílias, mas eles não residem no local e sim em outras regiões*. (I2).

Outra dificuldade apontada ligava-se à falta de compatibilidade entre o horário reservado para as visitas domiciliares e os hábitos das famílias:

> *Na minha área a principal dificuldade é que as visitas são feitas de manhã, num horário que muitas pessoas ainda estão dormindo, então a gente fica indo e voltando o dia todo para tentar falar com a família*. (I7).

E o grupo focal deparou-se com mais este problema: a pouca receptividade, senão a resistência explícita ou, mesmo, a recusa por parte da população mais abastada ao atendimento prestado pelo ACS, tendo ocorrido até casos de recusa aos serviços ofertados por esse profissional:

> *Aconteceu com uma colega nossa que o pai da criança não aceitava que ela pesasse a menina. Ele argumentou que se ele precisasse de médico ia em um particular, não queria que ninguém ficasse sabendo do peso da criança. [...] É mais fácil trabalhar com os mais idosos, que são mais simples e mais carentes e não criam tantos problemas na hora do nosso atendimento*. (I4).

Por outro lado, o ACS parece ser sempre bem-vindo nas comunidades mais carentes.

Pelo fato de os agentes de saúde serem, na maioria das vezes, o primeiro contato da população com o serviço de saúde e por passarem a maior parte do tempo junto a comunidades que possuem enormes carências em todas as áreas, que não apenas na da saúde, esses profissionais terminam por extrapolar suas competências, envolvendo-se em problemas cuja resolução parece passar pela própria transformação da sociedade.

Tomaz (2002) ressalta que o ACS não deve ser entendido como um super-herói, "[...] por falta de uma clara delimitação de suas atribuições seu papel tem sido distorcido sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS."

Nos referenciais curriculares estabelecidos para o curso técnico de ACS, este é definido como um trabalhador do âmbito específico do SUS, sendo partícipe do processo de mudanças das práticas de saúde, ao mesmo tempo em que se destaca quanto ao seu papel social junto à população. Nogueira (2002), reafirmando o papel de mediador social assumido por esse profissional, afirma que:

> Não há a menor dúvida de que o ACS deve contribuir para o processo de transformação social. No entanto, é preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos [...] esse processo deve envolver todos os profissionais de saúde e de outros setores da sociedade.

3 Considerações finais

A concepção que a construção das competências profissionais divulgada pelo Ministério da Saúde é coerente e instigante, pois pressupõe a substituição da idéia de um depositório de saberes por capacidades que são mobilizadas em situações concretas da atuação profissional.

As situações cotidianas com que se deparam os ACS de Barra do Garças se mostram dinâmicas e desafiadoras da competência desses agentes. Dentro da unidade, cobrem folgas de outros servidores, colaboram com as atividades administrativas e mantêm informado o restante da equipe sobre as condições de saúde dos pacientes de sua microárea, mantendo-se inserido em um contexto no qual se encontram diferentes saberes e fazeres.

Em sua atuação junto à comunidade, eles se deparam com a complexidade do cotidiano da vida real em sua plenitude, com demandas de toda ordem, relacionadas ou não à área da saúde. Entre as dificuldades percebidas para a sua atuação profissional, o leque de problemas levantados pelos ACS parece indicar a necessi-

dade de mobilização de recursos que estariam acessíveis à gestão de um município de médio porte com as características de Barra do Garças.

Nesse sentido, este estudo poderá oferecer subsídios para a superação dos fatores considerados obstaculizadores do trabalho dos ACS no contexto municipal. No entanto, as condições necessárias para que se torne partícipe de um processo de mudanças sociais mais abrangentes estão colocadas num horizonte que vai além de suas percepções e demandas.

Referências

BARRA DO GARÇAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde**. Barra do Garças: Prefeitura Municipal de Barra do Garças, 2002; 2004.

BRASIL. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://dtr 2004.saude. gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: out. 2006.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jul. 2002.

_____. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 out. 1999.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Disponível em: <http//www.datasus.gov.br>. Acesso em: fev. 2006.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt>. Acesso em: out. 2006.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e**

Humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. **Programa de agentes comunitários de saúde:** a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0102-311X2004000100036&lng=pt>. Acesso em: fev. 2006.

_____. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23091>. Acesso em: 25 out. 2006.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde:** entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". Disponível em. <http://www.interface.org.br/revista10/debates4.pdf>. Acesso em: out. 2006.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al*. **O agente comunitário de saúde:** construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>. Acesso em: out. 2006.

TOMAZ, José Batista Cisne. **O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói**. Disponível em: <http://www.interface.fmb.unesp/revista10/debates2.pdf>. Acesso em: fev. 2002.

COBERTURA DE TESTAGEM DO *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VÍRUS* EM GESTANTES CADASTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE CUIABÁ, MATO GROSSO, NO ANO DE 2007

Herondina Moreira Tavares Couto[36]
Maria Virginia Meirelles[37]

1 Introdução

Nestes mais de vinte anos de ocorrência de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, pode-se afirmar que a doença representa, hoje, um importante problema de saúde pública, atingindo todas as raças, gêneros e faixas etárias, inclusive indivíduos menores de treze anos de idade, que, aliás, representam 85% das notificações de infecção pelo *Human Immunodeficiency Vírus* (HIV) via transmissão vertical (TV) (BRASIL, 2008a).

A atenção às doenças sexualmente transmissíveis e, em especial, à infecção pelo HIV faz parte das estratégias definidas em âmbito nacional para o enfrentamento da epidemia de AIDS entre as mulheres. A iniciativa engloba o estabelecimento de diretrizes para o fortalecimento, a integração e o aprimoramento das políticas vigentes, bem como a adoção de estratégias como o aumento da cobertura de testagem para o HIV na população em geral e, especificamente, nas mulheres gestantes, medidas essas imprescindíveis para o controle da transmissão vertical do vírus (BRASIL, 2006a).

Apesar da elevada cobertura dos serviços de pré-natal no país (96%), ainda é significativo o número de parturientes sem sorologia conhecida para o HIV (38%) no momento da internação para o parto, representando oportunidades perdidas de detecção da infecção pelo vírus na gravidez e, consequentemente, de controle de sua transmissão vertical (BRASIL, 2006b). Dessa forma, o conhecimento precoce do estado sorológico das gestantes é importante para que se inicie a profilaxia adequada dessa propagação nos casos de sorologia positiva, por meio da realização de um pré-natal de qualidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o firme propósito de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, universalizando, ou seja, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer

36 Pedagoga, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá, Mato Grosso (MT), egressa da Turma IV do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS).

37 Nutricionista, especialista em Metodologia do Ensino Superior, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

pessoa. O órgão tem como princípios básicos a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a igualdade na assistência à saúde; a equidade na distribuição de recursos; a resolutividade dos serviços; a integralidade da atenção; e tem como pressupostos organizacionais a descentralização da gestão, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação da comunidade (BRASIL, 2001). Sua implantação e implementação exigiram a adoção de medidas de adequação, entre as quais se podem destacar as normas operacionais básicas (NOB) de 1993 e 1996; o Piso de Atenção Básica (PAB), instituído em 1997; a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001 (BRASIL, 2003); assim como o Pacto pela Saúde, em 2006.

O foco central dessas medidas era o fortalecimento da Atenção Básica, por ser entendida como imprescindível e indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção e necessária para a redemocratização da saúde e reversão do modelo de atenção centrado na doença, tendo como objetivo a ampliação do acesso à população aos bens e serviços e a melhoria das relações entre profissionais e usuários.

Em Cuiabá, os serviços de atenção ao pré-natal disponibilizado pelo SUS, concentrados nas unidades básicas de saúde, estão cadastrados no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que é monitorado e avaliado por meio das informações geradas pelo Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Assim, este sistema constitui uma importante fonte de dados para a construção de indicadores da qualidade da atenção às gestantes, ofertando a esse segmento populacional a cobertura de testagem de HIV, com vistas a sua detecção na gestação e a prevenção da transmissão vertical.

Diante do exposto e com o propósito de subsidiar os gestores para o controle transmissão vertical do HIV no município, neste estudo objetiva-se analisar a cobertura de testagem de HIV em gestantes cadastradas no SISPRENATAL de Cuiabá, no ano de 2007; calcular a cobertura de testagem de HIV em gestantes cadastradas no SISPRENATAL por regional administrativa e por tipo de estabelecimento de saúde: centros de saúde (CS), unidades de saúde da família (USF), policlínica e unidade móvel; e comparar as diferenças de cobertura de testagem de HIV considerando-se o tipo de estabelecimento de saúde e as regionais administrativas.

2 Metodologia

Para o desenvolvimento deste trabalho, fez-se uso da abordagem quantitativo-descritiva de pesquisa, partindo-se de fontes secundárias de informação (TOBAR, 2001) e de dados coletados no SISPRENATAL da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), com foco nos indicadores de processo da

assistência pré-natal em Cuiabá-MT. O universo estudado constou de todas as gestantes atendidas nos estabelecimentos de saúde desse município e cadastradas no SISPRENATAL no ano de 2007.

Os dados levantados referem-se ao número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL em Cuiabá/MT e o número de exames HIV realizados no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2007, por unidade de saúde.

Ressalta-se que a coleta desses dados foi feita no mês de dezembro de 2008, esperando-se, desse modo, que todos os dados referentes à gestação e realização do teste anti-HIV do ano de 2007 tenham sido alimentados no SISPRENATAL.

Com base no pressuposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a cobertura desse exame na gestação deve ser calculada pela proporção de gestantes que, recebendo atendimento de pré-natal (pelo menos uma consulta), tiveram solicitação de teste de HIV no tempo de gestação e tomaram conhecimento do resultado antes do parto, tornando-se essas medidas importante ferramenta na prevenção da TV, por possibilitar a profilaxia durante a gravidez, no momento do parto e no pós-parto. Dessa forma, o resultado da cobertura de testagem do HIV foi obtido através da fórmula:

$$\frac{\textbf{nº de exames de HIV realizados por gestantes registradas no SISPRENATAL de Cuiabá, no ano de 2007 X 100}}{\textbf{nº de gestantes cadastradas no SISPRENATAL de Cuiabá no ano de 2007}}$$

Após a emissão do relatório do SISPRENATAL pelos técnicos da SES/MT e referente a Cuiabá, em 2007, constando do número de gestantes cadastradas e do número e percentual de exames de HIV realizados, discriminados por unidade de saúde, procedeu-se à exclusão das unidades de saúde de nível terciário que não cadastraram gestantes e das unidades básicas de saúde (UBS) que, à época, estavam desativadas. Em seguida, efetuou-se a classificação de cada unidade de saúde de acordo com sua localização regional. Enfim, realizou-se o cálculo da cobertura de testagem de HIV por variável: tipo de estabelecimento de saúde (CS, USF, policlínica, unidade móvel); regional administrativa (Norte, Sul, Leste, Oeste e área rural); distribuição percentual das unidades básicas de saúde por faixa percentual de cobertura (<10%, 10-30%, 30-50%, 50-70% e >70%), procurando-se visualizar a variação da cobertura de testagem de HIV em gestantes entre as UBS.

3 Resultados e discussão

Observa-se na Tabela 1 que Cuiabá, em 2007, apresentava um total de 64 UBS cadastradas no SISPRENATAL, das quais 32 funcionavam como CS; 31,

como USF; e uma, como unidade móvel na área rural. Em relação à distribuição por regional administrativa, destaca-se que as regiões com predominância de USF foram a Norte, com treze unidades, e a Oeste, com nove. As regiões com maior número de CS foram a região Leste, com doze, e a Oeste, com oito. As UBS estabelecidas na área urbana encontram-se distribuídas de forma equitativa entre a regional Norte, com dezessete unidades; a Oeste, também com dezessete; e a Leste, com dezoito; excetuando-se desse grupo a regional Sul, com dez UBS.

Tabela 1 - Distribuição das unidades básicas de saúde segundo a regional e o tipo de estabelecimento de saúde, Cuiabá, 2007

Regional	Centro de saúde	USF	Unidade móvel	Total
	N	n	n	N
Norte	04	13	-	17
Sul	07	03	-	10
Leste	12	06	-	18
Oeste	08	09	-	17
Rural	01	-	01	02
Total	32	31	01	64

Fonte: MATO GROSSO, 2007.

Os dados dispostos na Tabela 2 revelam que no SISPRENATAL de Cuiabá foram cadastradas 4.818 gestantes, em 2007, com uma cobertura de testagem de HIV de 40,5%, sendo que a Atenção Básica (UBS) cadastrou 4.305 (89,4%) grávidas com 40,3% de cobertura de testagem de HIV; e a Atenção Secundária (policlínicas) cadastrou 513 (10,6%) gestantes com 42,7% de cobertura de testagem de HIV. Quanto à Unidade Móvel Rural, não foram realizados testes de HIV, apesar do cadastramento de 3 gestantes .

Tabela 2 - Distribuição das gestantes cadastradas no SISPRENATAL e cobertura de testagem de HIV segundo o nível de atenção e o tipo de estabelecimento de Saúde, Cuiabá, 2007

Nível	Modelo	Gestantes cadastradas N	Gestantes cadastradas %	Cobertura de testagem HIV %
Atenção Básica				
	CS	2.794	58,0	36,4
	USF	1.511	31,4	47,5
	Unidade móvel	03	-	-
Subtotal		**4.305**	**89,4**	**40,3**
Atenção Secundária				

	Policlínica	513	10,6	42,7
Subtotal		**513**	**10,6**	**42,7**
Total		**4.818**	**100,0**	**40,5**

Fonte: MATO GROSSO, 2007.

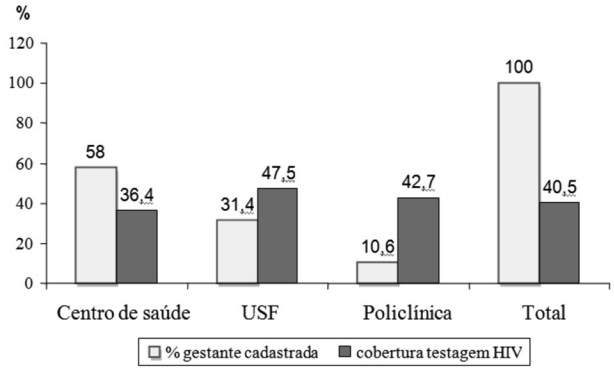
O número de gestantes cadastradas na Atenção Básica foi cerca de oito vezes maior do que o relatado na Atenção Secundária, comprovando que aquele funciona como a porta de entrada para o uso dos serviços de saúde. Mas, comparando-se a produtividade da Atenção Primária com a da Secundária, percebe-se que esta evidenciou uma cobertura maior de testagem de HIV em gestantes, apesar de possuir um número menor de unidades de saúde (cinco policlínicas).

Algumas hipóteses tentam explicar esses dados:

- ✓ Pressupõe-se que, apesar de os profissionais de saúde que atendem ao pré-natal serem capacitados, eles podem não estar sendo incisivos o bastante para sensibilizar as gestantes quanto à detecção do HIV nas primeiras semanas de gestação; sendo assim, muitas vezes a qualidade no atendimento não se restringe apenas aos modelos instituídos, mas pode, também, depender fundamentalmente dos profissionais que neles trabalham.
- ✓ Supondo-se que, pelo fato de as policlínicas possuírem um Centro de Testagem de Aconselhamento (CTA), que dispõe dos serviços específicos para a testagem sorológica anti-HIV implantados desde o início do Programa Municipal DST/AIDS, o convencimento e as técnicas de abordagem utilizadas pelos profissionais lotados nesses serviços podem mostrar maior eficácia.
- ✓ A maior cota mensal para realização de exames nas policlínicas pode ter contribuído para elevar a cobertura de testagem nesse serviço, pois a gestante, embora se cadastre na Atenção Básica, pode optar por realizar os exames nas policlínicas, na tentativa de agilizar o processo e alcançar maior resolutividade.

Observa-se que os centros de saúde foram os estabelecimentos que mais cadastraram gestantes no SISPRENATAL (58,0%), no entanto foram os que mostraram a menor cobertura de testagem de HIV (36,4%) em comparação com os outros tipos de estabelecimentos de saúde, com destaque para as USF, que atenderam 31,4% das gestantes cadastradas, exibindo uma cobertura de testagem de HIV de 47,5% (Tabela 2 e Figura 1).

Figura 1 - Percentual de gestantes cadastradas no SISPRENATAL e cobertura de testagem de HIV por tipo de estabelecimento de Saúde, Cuiabá, 2007



Fonte: MATO GROSSO, 2007.

Para justificar tal situação, pode-se apontar, entre outros fatores, a política adotada para a coleta de exames, que, em 2007, era realizada pelo laboratório da Universidade de Cuiabá (UNIC), tendo passado a ser feita em alguns CS apenas, enquanto abrangia todas as policlínicas e USF. Essa baixa oferta de serviços nos CS pode ter dificultado a realização de exames laboratoriais e, consequentemente, a cobertura de testes anti-HIV.

A dificuldade dos agentes dos CS em retroalimentar o SISPRENATAL pode interferir, dar diferença nos números de exames efetuados, pois há a possibilidade de algumas unidades fazerem-nos, entregá-los às gestantes e não repassarem os dados ao sistema.

Porém, a atuação dos profissionais da saúde pode contribuir para o aumento do número de exames anti-HIV em gestantes, através da prática das recomendações sugeridas pelo Ministério da Saúde, que incluem o acolhimento das futuras mães com qualidade e os aconselhamentos pré e pós-testes anti-HIV.

Como a Atenção Básica representa a porta de entrada do sistema de saúde, torna-se necessário o fortalecimento do processo de descentralização e de reorganização do SUS, além da oferta de atendimento integral ao usuário, em obediência ao princípio da integralidade, e da garantia de acesso a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas.

Às secretarias municipais de saúde compete implantar e implementar o PHPN, controlando o cadastro das gestantes, garantindo-lhes assistência pré-natal e puerperal e o acesso aos laboratórios para exames básicos, desse modo assegurando uma maternidade segura para mãe e filho.

Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), em estudo realizado no município de Quixadá, no período de 2001 a 2004, relatam que a cobertura do exame anti-HIV é muito baixa entre as gestantes, talvez pelo fato de elas terem o direito e a liberdade de fazê-lo, sem, então, serem obrigadas a isso. Os autores citam, ainda, que somente metade das mulheres grávidas inseridas no serviço de pré-natal teve acesso aos exames laboratoriais básicos, considerados imprescindíveis no acompanhamento do período gestacional. Além disso, apontam a necessidade de maior capacitação para os profissionais envolvidos no setor de cadastramento da unidade de saúde e na digitação desses dados na Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que ambos são procedimentos fundamentais ao desenvolvimento do SISPRENATAL.

De acordo com a Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (DIPLAN/SMS) (2007), o percentual de gestantes que em 2007 foram cadastradas nesse sistema em Cuiabá e que realizaram o exame anti-HIV foi de 18%, configurando uma discrepância com o índice de 40,5% de gestantes cadastradas no SISPRENATAL do Estado (MATO GROSSO, 2007) e que se submeteram a esse teste. Essa inconsistência sugere a existência de problemas na alimentação dos bancos de dados.

No estado de Mato Grosso, o percentual de gestantes inscritas no SISPRENATAL e que realizaram o exame anti-HIV no ano de 2007 foi de 70,56% (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2009). Na capital, foi estimado que, das 5.344,96 mulheres grávidas, 90,14% foram cadastradas no sistema e apenas 40,5% (1.952 indivíduos) fizeram o exame no pré-natal. Trata-se de um dado alarmante, considerando-se que 59,5% (2.866) gestantes mantiveram-se ignorantes quanto a sua condição sorológica para o HIV antes do parto, implicando a perda de oportunidades para o controle da transmissão vertical do vírus. Comparando-se esses dados com os relativos à cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou que o número de grávidas cadastradas no SISPRENATAL em 2007 foi de 7.758 indivíduos, com 4.449 exames realizados, o que representou 57,34% de cobertura de testagem de HIV, maior do que o apresentado por Cuiabá (MATO GROSSO, 2009).

A Tabela 3 evidencia a variação dessa cobertura em gestantes cadastradas no SISPRENATAL em 2007, de acordo com a regional administrativa da área urbana de Cuiabá. As regionais Leste e Oeste foram as que demonstraram, respectivamente, a menor (35,7%) e a maior cobertura (45,3%), atentando-se para o fato de a regional Oeste, quando comparada às demais, ter atendido o menor número de gestantes (994 - 20,6%). A área rural cadastrou apenas oito grávidas e exibiu uma cobertura de testagem de HIV de 37,5%, ressaltando-se que não há registros da realização do exame HIV nas três futuras mães atendidas pela unidade móvel. Verifica-se, ainda, que das cinco gestantes cadastradas no CS da área rural, três realizaram exame de HIV, totalizando 60% de cobertura, um índice que, a exemplo

das demais análises sobre as grávidas cadastradas, ainda era incipiente, já que havia 3.464 mulheres, sem distinção de idade, vivendo no meio rural (IBGE, 2007).

Em relação aos estabelecimentos da Atenção Básica, nas regionais Norte, Leste e Oeste, o desempenho de cobertura de testagem de HIV foi melhor nas ESF, com valores acima do encontrado para Cuiabá, tendo-se destacado a regional Leste, com 55,8% dessa cobertura. Na regional Sul, o desempenho nesse aspecto foi melhor nos CS (41,9%). A propósito, teve destaque a referida cobertura nesses centros, variando de 25,4% na regional Norte a 42,8% na regional Oeste. Em relação às policlínicas, a da regional Norte foi a que apresentou o pior desempenho (18,2%), tendo atendido 77 gestantes; as policlínicas da regional Sul, com uma cobertura de 48,4%, apresentaram um desempenho superior ao indicado para Cuiabá (40,5%), tendo sido atendidas 355 gestantes; a policlínica da regional Oeste, apesar de ter revelado uma cobertura de 100%, atendeu apenas duas gestantes.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes cadastradas no SISPRENATAL e cobertura de testagem de HIV segundo a regional administrativa e o tipo de estabelecimento de saúde, Cuiabá, 2007

Regional	Número de estabelecimentos	Gestantes cadastradas		Cobertura de testagem de HIV	
		N	%	N	%
Norte					
	03 CS	244	23,7	62	25,4
	13 USF	709	68,8	322	45,4
	01 policlínica	77	7,7	14	18,2
Subtotal		**1.030**	**21,4**	**398**	**38,6**
Sul					
	07 CS	932	65,9	391	41,9
	03 USF	128	9,0	49	38,3
	02 policlínicas	355	25,1	172	48,4
Subtotal		**1.415**	**29,4**	**612**	**43,2**
Leste					
	12 CS	1.026	74,7	310	30,2
	06 USF	269	19,6	150	55,8
	01 policlínica	79	5,7	31	39,2
Subtotal		**1.374**	**28,5**	**491**	**35,7**
Oeste					
	08 CS	587	59,1	251	42,8
	09 USF	405	40,7	197	48,6
	01 policlínica	2	0,2	2	100,0
Subtotal		**994**	**20,6**	**450**	**45,3**
Rural					
	01 CS	5	0,1	3	60,0
	01 unidade móvel	3	0,1	0	-
Subtotal		**8**	**0,2**	**3**	**37,5**
Total		**4.818**	**100,0**	**1954**	**40,5**

Fonte: MATO GROSSO, 2007.

A Tabela 4 exibe a variação de faixa de cobertura de testagem de HIV das gestantes de acordo com o estabelecimento de saúde da Atenção Básica nas diferentes regionais administrativas. Observa-se que das 61 UBS que cadastraram gestantes no SISPRENATAL em 2007, vinte apresentaram cobertura abaixo de 30%, sendo que, desse total, nove tiveram cobertura abaixo de 10%. Em contraste, 23 UBS conseguiram alcançar cobertura de testagem acima de 50%, das quais seis atingiram um índice acima de 70%, mostrando, com isso, a ampla variação de cobertura de testagem de HIV em gestantes entre as UBS. Nota-se, ademais, que a regional Sul apresentou quatro, ou seja, o maior número de UBS com cobertura de testagem abaixo de 30%, tendo a regional Oeste apresentado oito, ou seja, foi o maior número de UBS com cobertura acima de 50%.

Tabela 4 - Distribuição das unidades básicas de saúde (*) segundo a faixa de cobertura de testagem de HIV das gestantes cadastradas no SISPRENATAL por regional, Cuiabá, 2007

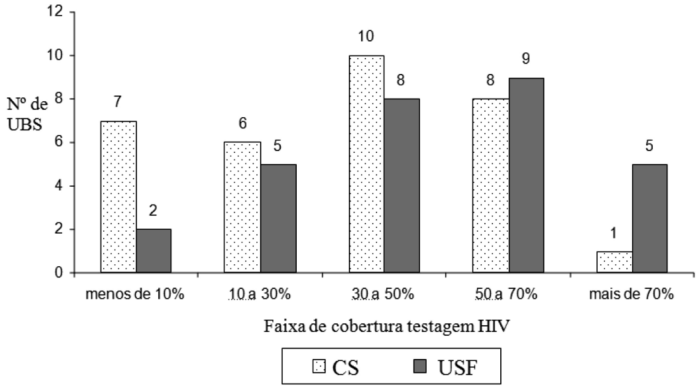
2007

Regional	Faixa de cobertura testagem HIV - %					Total
	<10	10-30	30-50	50-70	>70	
	N	N	N	n	n	N
Norte	02	02	06	02	02	14
Sul	01	03	02	04	-	10
Leste	03	03	06	04	02	18
Oeste	02	03	04	06	02	17
Rural	01	-		01	-	02
Cuiabá	09	11	18	17	06	61

Fonte: MATO GROSSO, 2007.
*Excluídas as UBS sem gestantes cadastradas no SISPRENATAL

A variação da faixa de cobertura de acordo com o tipo de estabelecimento na Atenção Básica, explicitada na Figura 3, indica que o desempenho de cobertura de testagem de HIV foi melhor nas USF do que nos CS. Pelo visto, das vinte UBS que apresentaram cobertura abaixo de 30%, treze funcionavam como CS e sete como USF. Em contraste, das 23 UBS que alcançaram acima de 50% de cobertura de testagem de HIV, nove funcionavam como CS e catorze como USF.

Figura 2 - Distribuição dos centros de saúde e das unidades de saúde da família segundo a faixa de cobertura de testagem de HIV, Cuiabá, 2007



Fonte: MATO GROSSO, 2007.

Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007), estudando sobre a assistência pré-natal em Salvador, Bahia, no ano de 2002, identificaram que 6.044 gestantes foram atendidas nas unidades de saúde, das quais 37,8% foram cadastradas no PHPN e 17,6% foram submetidas ao teste anti-HIV. Tais dados levaram-nos a concluir que Salvador apresentou uma baixa cobertura desse exame, comparativamente ao que preconizada o MS, de ter pelo menos 60% de gestantes do universo local cadastradas e cumprindo todo o processo do pré-natal.

Segundo o *Estudo Sentinela de Parturiente* (BRASIL, 2004), a baixa cobertura de testagem de HIV durante o pré-natal é decorrente de falhas que ocorrem em todas as etapas do processo de atendimento, desde a captação da gestante, passando pela inadequação do número de consultas e pela ausência de pedido do teste de HIV, até a falta de conhecimento do resultado do exame antes do parto. Essas lacunas atingem uma dimensão mais agravada nos segmentos populacionais desfavorecidos socialmente, pois a proporção de oportunidades perdidas pela falta do teste anti-HIV durante a gestação atinge valores alarmantes entre as mulheres com pouca instrução, residentes nas regiões menos desenvolvidas do país e municípios de pequeno porte populacional.

Souza Júnior *et al*. (2004) recomendam que a solicitação desse exame em gestantes seja reforçada pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) em todo o território nacional e que periodicamente se realizem estudos de avaliação dos serviços de saúde que ofereçam o pré-natal.

A prevenção da transmissão vertical do vírus HIV tem sido uma preocupação constante do Ministério da Saúde, sendo esta motivada, principalmente, pelo fato de 85% dos menores de treze anos de idade portadores do vírus terem sido infectados por essa via (BRASIL, 2008a). Sabe-se que, se todas as gestantes acolhidas nas UBS forem cadastradas e os profissionais de saúde seguirem as recomendações preconizadas pelo PHPN, a infecção poderá ser detectada precocemente e a gestante portadora do HIV usufruirá do tratamento adequado, reduzido para menos de 2% o risco de transmissão para o bebê (BRASIL, 2008a).

Levando-se em conta a meta estipulada pelo Ministério da Saúde até o ano 2011 (Brasil 2008b), de que 90% das gestantes sejam testadas para o HIV durante o pré-natal, Cuiabá, pelas informações do SISPRENATAL (2007), está aquém do preconizado, sugerindo dificuldades nos serviços de atenção à saúde na prevenção da TVHIV.

4 Considerações finais

A cobertura de testagem de HIV em gestantes cadastradas no SISPRENATAL de Cuiabá, no ano de 2007, foi calculada em 40,5%. Considerando-se as diferentes regionais administrativas do município, encontrou-se uma variação de cobertura de 37,7% (regional Leste) a 45,3% (regional Oeste). As unidades de saúde da família apresentaram uma cobertura maior que as dos centros de saúde (47,5% e 36,4%, respectivamente). As maiores discrepâncias foram evidenciadas quando se comparou a cobertura de testagem de HIV entre as 61 unidades básicas de saúde, deparando-se com coberturas menores de 10% (nove UBS) e com outras até maiores de 70% (seis UBS).

É preocupante a baixa cobertura dos exames realizados, pois isso representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante portadora do HIV, tornando-se um obstáculo para a redução da incidência de crianças infectadas por transmissão materno-infantil.

Sugere-se que este estudo seja posteriormente aprofundado, para que suas análises e críticas sirvam de parâmetros ao planejamento e adoção de ações eficazes por parte dos gestores e dos profissionais de saúde e para que possam analisar a assistência prestada às gestantes e reverter o número de crianças nascidas contaminadas com HIV. O cumprimento dos procedimentos básicos preconizados pelo PHPN garante a prevenção, a detecção e o controle dos agravos na gestação e puerpério, bem como assegura o direito fundamental da mulher no exercício da maternidade segura.

Destaca-se que o objetivo traçado para este estudo foi analisar a cobertura de testagem de HIV em gestantes cadastradas no SISPRENATAL de Cuiabá, sistema no qual se registram os dados de pré-natal apenas das grávidas atendidas

nos serviços públicos municipais. Nesse sentido, o trabalho apresenta limitações quanto à extrapolação dos seus resultados para o universo de mulheres grávidas de Cuiabá cujo atendimento se deu, embora em menor proporção, através de outras vias (particular, planos de saúde etc.) e que foi excluído da pesquisa.

Além disso, há que se considerar as restrições inerentes ao próprio SISPRENATAL, que apresenta falhas desde a alimentação de sua base de dados, com deficiência de qualidade do preenchimento dos seus instrumentos de registro de informações nos serviços de pré-natal, até outras deficiências de operacionalização do programa nas secretarias de saúde. Essas falhas podem implicar tanto na subnotificação das gestantes acompanhadas nos serviços como também no sub-registro dos testes realizados, interferindo no cálculo do indicador de cobertura de testagem.

Sendo assim, recomenda-se que outros estudos sejam efetuados para esse cálculo, de sorte que essa população possa representar com maior fidelidade a situação do diagnóstico sorológico da infecção para esse vírus durante a gestação, no município de Cuiabá.

Apesar dessas considerações, os resultados apontam para a necessidade urgente de medidas que convirjam para o aumento da cobertura da detecção da infecção do HIV na gestação, intensificando as ações conjuntas entre as diferentes áreas técnicas da Atenção Básica, com destaque para as áreas da Saúde da Mulher, da Saúde da Família, do Programa Agente Comunitário de Saúde, da Atenção Básica, entre outros, visando melhorar a cobertura, o acesso e a qualidade do atendimento do pré-natal em Cuiabá.

Recomenda-se, ainda, a atenção especial por parte da gestão municipal para as atividades indicadas pelo Ministério da Saúde no Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, de forma a garantir o alcance da meta de que 90% de parturientes sejam submetidas ao teste para o HIV no pré-natal e conheçam o resultado do exame antes do parto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília, 2008a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de**

Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 2003.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PHPN.htm>. Acesso em: 12 nov. 2008b.

_____. **Estudo Sentinela Parturiente**. Brasília, 2004, 2006b.

_____. **O SUS e o controle social:** guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, 2001. 84p.

_____. **Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral**. Brasília, 2006a.

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ (DIPLAN/SMS). **Relatório de gestão do ano 2007 do município de Cuiabá**. Cuiabá, 2007. 60p.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES. M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm**. **USP**, São Paulo, v. 42, n. 1. p. 105-111, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100014>. Acesso em: 07 mar. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Número da população do município de Cuiabá-MT em 2007**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007layoutTCU14112007.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2009.

MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde. Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). **Dados gestantes cadastradas e número de exames HIV realizados**. Mato Grosso, 2007, 2009.

NASCIMENTO E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde matern. Infantil**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-197, 2007.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES). Gerência de Sistema de Informação e Assistência à Saúde. **Dados DATASUS**. Mato Grosso, 2009.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCWALD C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A.; CARVALHO, M. F.; CASTILHO, E. A. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 764-772, 2004.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172p.

COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DE COLÍDER, MATO GROSSO

Daiana Araújo da Silva[38]
Valdete Marques Arnaut Antiqueira[39]

1 Introdução

O câncer do colo uterino é um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Considerado o terceiro tipo mais comum de carcinoma na população feminina, representa 10% dos tumores malignos que acometem esse público em âmbito mundial, sendo a segunda causa de óbito por neoplasia (CEBES, 2001; AGUILAR-PEREZ *et al*., 2003).

Apresenta estreita relação com as mulheres que já se iniciaram na vida sexual, especialmente entre as que apresentam fatores de risco, tais como: doença cérvico-vaginal sexualmente transmissível, início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo e más condições de vida (BRASIL, 1999). É também considerada uma doença crônica, cuja lesão de origem pode evoluir , em um período de dez a vinte anos, para uma lesão cancerosa invasiva (BRASIL, 2002).

Dessa forma, seu prognóstico depende da precocidade da intervenção, conferindo maior chance de sobrevida e menor custo do tratamento quando prevenida, pois as ações para o seu controle envolvem tecnologias acessíveis que, além disso, permitem o diagnóstico precoce e a cura em 100% dos casos diagnosticados em fase inicial (CEBES, 2001).

Apesar disso, o câncer de colo uterino, no Brasil, tem sido motivo de preocupação, pois a taxa de óbito associada a essa causa é bastante elevada, em função da lacuna existente entre os avanços técnicos e o acesso da população ao exame de citologia oncótica cérvico-uterina (BRASIL, 2002).

O efeito favorável de sua descoberta precoce depende de condições ideais e oportunas de coleta, incluindo múltiplos fatores, dentre os quais o sistema de saúde, os profissionais de saúde e a população-alvo. Neste sentido, a assimilação e o êxito do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, primeiramente, da conscientização das mulheres sobre seus benefícios e eficácia e da importância dada ao problema pelos gestores da saúde e pela equipe que atua nas unidades de saúde (ROBLES, 1996).

38 Enfermeira, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Colíder, Mato Grosso (MT), egressa da Turma III do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde.

39 Enfermeira, mestre em Enfermagem, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT).

Incluam-se aí a reorganização da assistência às mulheres nos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais da área, a qualidade e a continuidade das ações de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, o estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, o respeito às diferenças culturais, a eliminação das barreiras e as iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos (PINHO *et al*., 2003).

Nesse sentido, Pinho *et al*. (2003) apontam que as mulheres entre 25 a 34 anos têm melhor cobertura no exame Papanicolau, uma vez que elas procuram muito mais os serviços de saúde voltados para o pré-natal e o planejamento familiar.

Assim, para a ampliação da cobertura do exame preventivo e adequado seguimento e controle do caso, é de fundamental importância que algumas questões sejam consideradas, tais como o vínculo da mulher com o serviço e o profissional de saúde, bem como o seu acesso a esse serviço, conforme demonstra Slomp (2000), que analisou a cobertura do preventivo do câncer do colo de útero, no município de Guarapuava, Paraná. Os resultados levaram-no a acreditar que a deficiência na realização desse exame devia-se a diversos fatores, como, por exemplo, a distância entre o posto de saúde e a residência da usuária, vergonha, tabu, proibição por parte do companheiro, cultura, desconhecimento da importância do exame etc.

Segundo Chubaci (2005), para as mulheres brasileiras as dificuldades existentes podem estar associadas a sentimentos como vergonha, constrangimento e incômodo em relação ao exame e, consequentemente, ao profissional de saúde que o realiza.

Estima-se que 40% desse público ainda não tenham realizado o exame preventivo de câncer de colo uterino, o qual, sendo efetuado, pode reduzir em até 70% o índice de mortalidade (BRASIL, 2002). As estatísticas informam que, a despeito das estratégias implementadas para esclarecer as mulheres sobre a importância de tomarem essa medida, não há uma procura significativa pelo exame. E isso ocorre apesar de se tratar de um procedimento simples, não acarretando complicações, mas que acaba se tornando complexo, requerendo do profissional perspicácia e habilidade para conscientizá-las dessa necessidade (PONTES, 2002). O resultado dessa recusa são os 18.430 casos novos registrados no Brasil no ano de 2010[40].

Em face disso, os programas desenvolvidos pelo governo brasileiro relacionados ao preventivo do câncer do colo uterino têm buscando ampliar a cobertura para o exame. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em 2008, por meio do Programa Mais Saúde, definiu, para o ano de 2011, metas evolvendo a ampliação do

40 Informação veiculada em meio eletrônico. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero/definição>. Acesso em 02 de julho de 2009.

acesso e da qualidade de procedimentos para o controle da doença. Dessa forma, a expectativa é que haja um aumento significativo no número de exames preventivos, passando de sete milhões para 11,5 milhões por ano, na faixa etária de maior risco, ou seja, entre as mulheres de 25 a 59 anos de idade (BRASIL, 2008).

Para Tavares (2006), em alguns países, os casos de câncer de colo uterino, além de serem decorrentes da exposição de muitas mulheres a fatores de risco, têm como agravante a inexistência de programas eficazes para a sua detecção precoce. Isso implica que na exigência de que os profissionais de saúde estejam preparados para diagnosticar o problema ainda no seu estágio inicial, disponibilizando às pacientes assistência na perspectiva da integralidade, o que exige, entre outras ações, o desenvolvimento de políticas públicas pertinentes e uma gestão compatível com esse processo.

Contudo, é imperativo considerar, ainda, outros fatores que obstaculizam o estabelecimento de uma ampla cobertura de coleta cérvico-oncótica (CCO), a exemplo das questões associadas a políticas de comunicação e informação em saúde, além de questões culturais e estigmatizantes. A propósito disso, lembre-se da diversidade de mulheres que, ao serem submetidas a esse exame, sentem-se pressionadas por sentimentos como medo e pudor, devido à falta de informação sobre a importância do exame, além de influências de ordem cultural (PONTES, 2002). E é justamente aí que reside um dos maiores desafios relacionados ao alcance de um melhor desempenho dos atores sociais envolvidos na questão: gestores, médicos, enfermeiros, agentes comunitários e a própria comunidade.

Em face das estratégias adotadas para o controle do câncer do colo uterino, a gestão pode ser orientada no sentido de buscar novas formas de trabalho, que possibilitem a ampliação do acesso aos serviços, a adesão à cultura de planejamento estratégico situacional, visando à operacionalização das ações propostas de forma oportuna, com a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Esse modelo de gestão dos serviços de saúde tem características que merecem destaque: flexibilidade e descentralização, proporcionando a todos maior autonomia e a ampliação de espaços criativos e resolutivos (BRASIL, 2006).

Isso conduz a reflexão de que a responsabilidade sobre esse agravo não engloba apenas aspectos ligados ao desempenho técnico e sim questões pertinentes à organização e gestão dos serviços, envolvendo todos os atores sociais. Logo, questiona-se relativamente a esta pesquisa: as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde com relação à coleta cérvico-oncótica foram atingidas? Quais impedimentos para o seu alcance? A que se podem atribuí-los? Como se apresenta a mortalidade por câncer do colo uterino no município de Colíder?

Considera-se que os resultados apreendidos com esta investigação poderão subsidiar a gestão na luta pelo combate e controle do câncer cérvico-uterino,

para cujo controle são apresentadas novas estratégias. Cabe ressaltar que o município de Colíder tem realizado muitos trabalhos para a ampliação da cobertura desse preventivo, extrapolando a rotina dos serviços disponibilizados. Citem-se, por exemplo, as campanhas de final de semana voltadas para o exame preventivo do câncer de colo uterino, as orientações domiciliares feitas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) e as ações educativas envolvendo a comunidade. Nessa perspectiva, questiona-se como se configura a cobertura do exame preventivo do câncer do colo uterino no município de Colíder.

Assim, traçou-se para este estudo o objetivo geral de descrever a cobertura de exame preventivo do câncer de colo uterino, em mulheres de 25 a 59 anos de idade, no município de Colíder, entre os anos de 2005 e 2007. Quanto aos objetivos específicos, foram estabelecidos os seguintes: relacionar o número de postos de coleta do sistema público para a coleta de exame preventivo do câncer do colo uterino no período em estudo; descrever o perfil (formação) dos profissionais que participam desse procedimento de coleta; conhecer o índice de mortalidade por câncer do colo uterino no município ao longo dos referidos anos; conhecer os resultados de exames citopatológicos cérvico-uterinos.

Esta investigação foi realizada em Colíder, município da região Norte do estado de Mato Grosso em processo de franco crescimento populacional.

2 Aspectos metodológicos

Este estudo caracteriza-se como bibliográfico exploratório e documental. Na percepção de Fleming (2005 *apud* CERVO; BERVIAN, 2002), a abordagem bibliográfica fundamenta-se na utilização de fontes escritas, gravadas, mecanica ou eletronicamente, contendo informações elaboradas e publicadas por outros autores. Já a pesquisa documental embasa-se em fontes primárias, ou seja, que ainda não receberam organização, tratamento analítico (GIL, 2007).

As fontes documentais utilizadas encontram-se disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tendo sido os dados foram colhidos no banco de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino (SISCOLO), no Sistema de Informação do Câncer da Mulher (SISCAM)[41] e no Sistema de Informação Ambulatorial/Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (SIA/APAC)[42] e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)[43]. Conforme já dito, a pesquisa cobriu o período compreendido

41 Informação veiculada em meio eletrônico. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>. Acesso em: 12 de abril de 2009.

42 Informação veiculada em meio eletrônico. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>. Acesso em: 7 de maio de 2009.

43 Informação veiculada em meio eletrônico. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtmt.def>. Acesso em: 04 de maio de 2009.

de janeiro de 2005 a dezembro de 2007.

Como fontes virtuais foram utilizadas publicações indexadas na Sciello, Lilacs. Por se tratar de um estudo subsidiado por dados disponíveis em sistema de domínio público, não foi necessária a sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme disposições da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

As variáveis analisadas foram estas: as unidades de coleta locais, a cobertura dos exames, os casos de óbito por câncer do colo uterino e resultados dos exames de citologia cérvico-uterina.

Os dados coletados foram organizados, classificados, tabulados e analisados por meio de técnicas estatísticas simples, tendo sido apresentados de forma descritiva: por meio de tabelas e gráficos, utilizando-se de recursos do programa *Excel*, versão 2007. O processo de análise foi constituído por pré-leitura, leitura seletiva e leitura analítica das informações, sendo os resultados discutidos à luz da literatura consultada.

3 Resultados e discussão

3.1 Unidades e profissionais envolvidos nas coletas

A capacidade instalada diz respeito ao aprimoramento do conhecimento no âmbito da saúde, por meio do estabelecimento de parâmetros adequados ao dimensionamento da força de trabalho necessária ao atendimento de ações, atividades e procedimentos realizados. A definição de parâmetros para a quantificação e a distribuição da força de trabalho em unidades assistenciais permite a implementação de processos efetivos de planejamento e gestão e a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada à população (ALMEIDA, 2007).

O município de Colíder contava, no período estudado, com três unidades de coleta diária de exames, das quais duas funcionavam como unidades do Programa de Saúde da Família, localizadas nos bairros Celídio Marques e Santa Clara, e a outra, em nível central, era classificada como Unidade Básica de Saúde. Havia, ainda, um hospital público, no qual se realizavam procedimentos de média complexidade, via SUS, como cauterizações e outros procedimentos relacionados à saúde da mulher.

À época, cada uma dessas unidades dispunha de profissionais capacitados para a coleta de material cérvico-uterino, o enfermeiro ou o técnico de enfermagem. Entretanto, defende-se aqui a idéia de que, para a ampliação da cobertura do exame preventivo do câncer de colo uterino, torna-se necessária uma abordagem multidisciplinar.

A partir dos resultados, acredita-se ser necessário capacitar um número maior de profissionais e disponibilizar postos volantes para facilitar o acesso das mulheres da zona rural principalmente às ações de prevenção primária. É igualmente imprescindível a realização de oficinas de trabalho para o planejamento das ações e para a implantação das rotinas de trabalho voltadas ao atendimento das mulheres.

De acordo som o Ministério da Saúde, algumas facilidades devem ser previstas para a abordagem do público feminino, como o planejamento de consultas; a criação de mecanismos de dinamização do atendimento da demanda; a prestação clara e correta de informações; as orientações após o recebimento dos resultados do exame citopatológico e de outros procedimentos a serem realizados; o estímulo para que a mulher tire suas dúvidas durante os procedimentos, esclarecendo-as através de respostas adequadas; o desenvolvimento de ações que convençam a mulher sobre a importância do exame citopatológica; e, imprescindivelmente, a garantia de material de consumo em quantidade suficiente para o atendimento (BRASIL, 2002).

3.2 Cobertura dos exames

O número de exames preventivos do câncer de colo uterino em Colíder, entre as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, na série histórica selecionada, configura-se conforme os resultados expressos na Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição em frequência absoluta e porcentagem das coletas de CCO realizadas em Colíder, de 2005 a 2007

Ano	Número de coletas	(%)
2005	1071	24,6
2006	1447	33,2
2007	1838	42,2
Total	4356	100

Fonte: MATO GROSSO (2008).

Como se pode observar, a média percentual de coletas foi de 33,3%, tendo sido gradativo o seu aumento ao longo dos referidos anos. Dessa forma, esse incremento pode estar relacionado à questão da melhoria do acolhimento praticado nas unidades de saúde, que se constitui em um elemento essencial no atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (LIMA, 2007).

Esse aumento também pode ser atribuído ao trabalho permanente da gestão, que buscou qualificar a equipe; à adequação da estrutura física e aquisição de materiais; e ao desenvolvimento de ações educativas; enfim, a toda a organização municipal da saúde. Esse incremento pode relacionar-se, ainda, com a recepção e as estratégias alternativas de acesso das usuárias ao exame, dando-se destaque especial para as campanhas de coleta de exames realizadas aos sábados, disponibilizando horários de atendimento adequados às necessidades daquelas mulheres que trabalham durante a semana.

Saliente-se que os dados disponíveis no município acerca das metas estabelecidas pelo Sistema de Informação do Pacto (SISPACTO) nos de 2005, 2006 e 2007, não são iguais aos apresentados pelo Sistema de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, o que pode ser atribuído ao fato de esta estar contabilizando exames citopatológicos do colo uterino da população indígena, o que deve ser levado em consideração para providenciar a consonância entre ambos os sistemas de informação.

Cabe ressaltar que as coletas realizadas pelo município são contabilizadas por meio dos livros de registros mantidos em cada unidade de saúde; já os dados da Secretaria de Estado de Saúde são disponibilizados pelo Mato Grosso Laboratório, através das lâminas encaminhadas por Colíder, que se encarrega de enviar também as coletas referentes ao distrito indígena, de modo que talvez seja essa a razão da diferença existente entre o número de coletas.

3.3 Cobertura de CCO na faixa etária priorizada

O Ministério da Saúde preconiza ser o grupo de risco para o câncer de colo uterino mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. Na Tabela 2, reúnem-se os dados referentes às coletas realizadas segundo a faixa etária:

Tabela 2 - Distribuição em número e porcentagem das coletas de material para prevenção do câncer do colo uterino, segundo a faixa etária, no município de Colíder/MT, entre 2005 e 2007

	2005			2006			2007		
Faixa etária (anos)	Número de mulheres	Exames	Cobertura%	Número de mulheres	Exames	Cobertura%	Número de mulheres	Exames	Cobertura %
25-29	1185	168	14,18	1176	229	19,47	1167	286	24,51
30-34	1110	179	16,13	1102	259	23,5	1094	335	30,62
35-39	1026	192	18,71	1019	274	26,89	1011	352	34,82
40-44	777	187	24,07	771	242	31,39	765	309	40,39
45-49	614	147	23,94	609	196	32,18	605	225	37,19
50-54	499	118	23,65	495	141	28,48	491	181	36,86
55-59	415	80	19,28	413	106	25,67	410	150	36,59
TOTAL	**5626**	**1071**	**19,04**	**5585**	**1447**	**25,91**	**5543**	**1838**	**33,16**

Fonte: MATO GROSSO, 2008.

O sucesso de um programa de prevenção do câncer do colo uterino associa-se ao alcance de uma cobertura maior que 80%, percentual que foi estabelecido nos termos do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006). Assim, segundo Gustafson *et al*. (1996 *apud* Naud,1998), em países desenvolvidos, como a Finlândia e a Islândia, passados alguns anos de implantação do programa de rastreamento do câncer cérvico-uterino, essa cobertura variou de 80% e 75% relativamente à meta definida. No Brasil, anteriormente à criação e execução do Programa Viva-Mulher em 1996, alguns estudos estimaram a cobertura, em 1987, em torno de 7,7%. Já o inquérito domiciliar realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2002 e 2003, revelou uma cobertura que variou de 74% a 93% em quinze capitais; no Distrito Federal, essa oscilação ficou entre 33% a 64% nos exames realizados pelo SUS.

Na Tabela 2, os resultados apresentados informam que, apesar do incremento na cobertura da coleta, o percentual alcançado na série histórica em análise, exceto em 2007, ficou aquém dos apontados no Brasil em 2002 e 2003, de acordo com os dados registrados pelo INCA. Conforme os indicadores do Pacto de Atenção Básica, a razão mínima esperada para a realização de exame Papanicolau é de 0,30/mulher/ano. A esse respeito, a razão alcançada em Colíder foi de 0,19 em 2005, 0,26 em 2006 e 0,36 em 2007. Em Mato Grosso, essa razão se configurou da seguinte forma: 0,18 nos anos de 2005 e 2006 e de 0,23 no ano de 2007 (MATO GROSSO, 2009).

3.4 Resultados dos exames de citologia cérvico-uterina

Quanto aos resultados apurados, é importante destacar que, apesar de a Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) merecer atenção, esta não se configura como câncer, mas como lesão precursora, que, desse modo, poderá ou não evoluir para o carcinoma dependendo do grau de gravidade (BRASIL, 2002), estratificado em NIC I, NIC II e NIC III.

A NIC I, ou displasia leve, ocorre quando as camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero encontram-se alteradas, estágio em que a lesão apresenta regressão espontânea em cerca 80% dos casos (BRASIL, 2002). A NIC II acontece quando há um desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada) (BRASIL, 2002). Por último, a NIC III é evidenciada quando o desarranjo atinge todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente. As lesões precursoras de alto grau (NIC II e III) dão-se com maior frequência na faixa etária compreendida entre 35 e 49 anos, especialmente entre as mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico (Papanicolau) (BRASIL, 2002).

Quanto aos resultados, as alterações apresentaram-se em menor escala: 99,05% dos exames mantiveram-se estáveis, destacando-se como alteração de maior índice o (HPV), com 0,34% das ocorrências. Na Tabela 3, configura-se a análise dos resultados de citologia realizados em Colíder, no período de 2005 a 2008:

Tabela 3 - Distribuição das alterações dos exames de CCO realizados no município de Colíder/MT, no período de 2005 a 2007

Resultados	Número	(%)
NIC I	9	0,207
NIC II	3	0,069
NIC III	1	0,229
HPV	15	0,34
Carcinoma epidermóide invasor	2	0,045
Atipias	11	0,25
Sem alterações	4315	99,05
Total	**4356**	100

Fonte: MATO GROSSO, 2008.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2008) registra a cada ano 137 mil novos casos de HPV, e os especialistas chamam a atenção para o desenvolvimento da doença, responsável por 90% dos casos de câncer de colo de útero (BRASIL, 2008).

No período em análise, houve no município de Colíder o registro de 41 exames com alterações, NIC III, sendo que esta alteração pode levar à progressão para o câncer invasor, estimada em cerca de 1%. A título de esclarecimento, as atipias celulares podem ser glandulares (AGUS), ou em celulas escamosas de significado indeterminado (ASCUS).

Acrescente-se que são consideradas neoplasias intraepiteliais grau II as alterações NIC I e II e que as neoplasias intraepiteliais grau III são reconhecidas como NIC III. Finalmente, classificam-se como câncer o carcinoma epidermoide invasor, o adenocarcinoma *in situ*, o adenocarcinoma invasor e outras neoplasias malignas. O INCA tem como parâmetro aceitável de que os diagnósticos de ASCUS e AGUS não ultrapassem 5% do total de diagnósticos, de sorte que mulheres que apresentarem esses resultados deverão receber acompanhamento semestral (a cada 180 dias) em um centro de referência.

3.5 Óbitos por câncer de colo uterino

No período em estudo, registrou-se um caso de óbito por câncer de colo uterino (MATO GROSSO, 2008), e a taxa de mortalidade em decorrência dessa doença foi de 0,02%.

Como argumenta Feitosa (2002), no Brasil, essa taxa cresceu em 30% ao longo de 23 anos, passando, em relação ao universo de cem mil mulheres, de 3,44 em 1979 para 5,03 em 2002, tendo-se estimado para o ano de 2006 a ocorrência de vinte casos, considerando-se o mesmo volume desse segmento populacional. Ressalte-se, porém, que, de acordo com as bases de registros hospitalares, o diagnóstico de 50% das mulheres com câncer ocorreu tardiamente.

Na avaliação de Pontes (2002), isso demonstra que os indicadores do câncer de colo de útero são alarmantes e configuram uma triste realidade, refletindo que muitas mulheres, apesar da tentativa de sensibilização empreendida pelos serviços, não realizam o exame preventivo e não possuem conhecimento sobre a importância do procedimento. É esse um dos fatores para o seu não comparecimento às unidades de saúde, apontando para a necessidade do desenvolvimento de práticas educativas eficazes.

Esforços políticos e técnicos podem tornar efetivas as ações de prevenção desse tipo de câncer, reduzindo os óbitos associados à doença. Uma das medidas tomadas na atualidade é a implementação do Pacto pela Saúde que propõe intensificar a coleta de material para o exame, com mais envolvimento por parte de cada gestor, a fim de se ter cumpridas as metas pactuadas (BRASIL, 2008).

4 Considerações finais

Comece-se por afirmar que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados. Nesse sentido, os resultados apresentados revelam ser baixa a cobertura do preventivo de câncer do colo uterino, não atingindo as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, além de sugerir algumas medidas de enfrentamento dos aspectos impeditivos para o seu alcance, a exemplo da operacionalização do planejamento estratégico situacional, como estratégia de gestão, de forma ascendente; a desmistificação de tabus quanto ao exame preventivo por meio de ações educativas; a flexibilização da agenda para facilitar o acesso a ao exame; e a implementação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações pertinentes a essa questão. Apesar da facilidade para a prevenção do câncer de colo uterino, quando diagnosticado precocemente, identificou-se, no período em estudo, o registro de um óbito por câncer do colo uterino.

No entanto, os resultados demonstram que as coletas de CCO realizadas à época em Colíder aumentaram gradativamente, fato que pode ser atribuído ao

trabalho permanente do órgão de gestão, que buscou qualificar a equipe, adequar a estrutura física, adquirir materiais, além de desenvolver ações educativas. Esse avanço pode relacionar-se, também, ao acolhimento e à facilidade do acesso das usuárias ao exame, dando-se destaque especial para as campanhas de coleta de exames aos sábados, em horários de atendimento adequados ao cotidiano daquelas mulheres que trabalham durante a semana. Contudo, ainda assim, não se atingiu a razão de 0,3/mulher/ano nem o padrão de cobertura nacional recomendado pelo INCA e que, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS, deve manter-se abaixo dos 80%.

Quanto aos resultados, as alterações ocorreram em menor escala, de modo que 99,05% deles se mantiveram estáveis. Dessa forma, deve-se considerar que o sucesso de um programa de rastreamento implica vários fatores, como a cobertura efetiva da população-alvo, a qualidade do procedimento de coleta e interpretação citológica, a periodicidade de realização do exame e o tratamento, controle e acompanhamento adequados.

É importante destacar, ainda, a necessidade de implementação de ações educativas, contando-se com a colaboração dos agentes comunitários de saúde, para que estes possam, durante as visitas domiciliares, conversar com as mulheres sobre a importância da realização desse exame, garantindo, com isso, um atendimento resolutivo qualificado e humanizado.

Referências

AGUILAR-PEREZ *et al*. Tamizaje em cancer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical em México. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 37, n. 1, 2003.

ALMEIDA, V. M. L; JUNQUEIRA A; MALTONI L. A; BRUNO L. C. Dimensionamento da força de trabalho necessária às Unidades Hospitalares do Instituto Nacional de Câncer/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 71-77, 2007.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para a pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2008**. INCA - Incidência de câncer no

Brasil. **Rio de Janeiro**, 2007 Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=mapa.asp&ID=5>. Acesso em: 28 jan. 2009.

_____._____. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Organizando a Assistência. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/man>. Acesso em: 02 jul. 2009.

_____. _____. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro,2002. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero/definição>. Acesso em: 17 maio 2010.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2003.

_____. _____. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2005.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Curitiba:** a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHUBACCI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. Exame para detecção do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 471-481, 2005.

FEITOSA, T. M. P.; ALMEIDA R. T. Perfil de produção do exame cito patológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública Brasil**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, abr. 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, M. A. D. da S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, jan.-mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100200700010003&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde. Cuiabá, 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/portal>. Acesso em: 12 maio 2008.

NAUD, P. Detecção precoce de lesões precursoras de câncer de colo uterino através de inspeção cervical. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

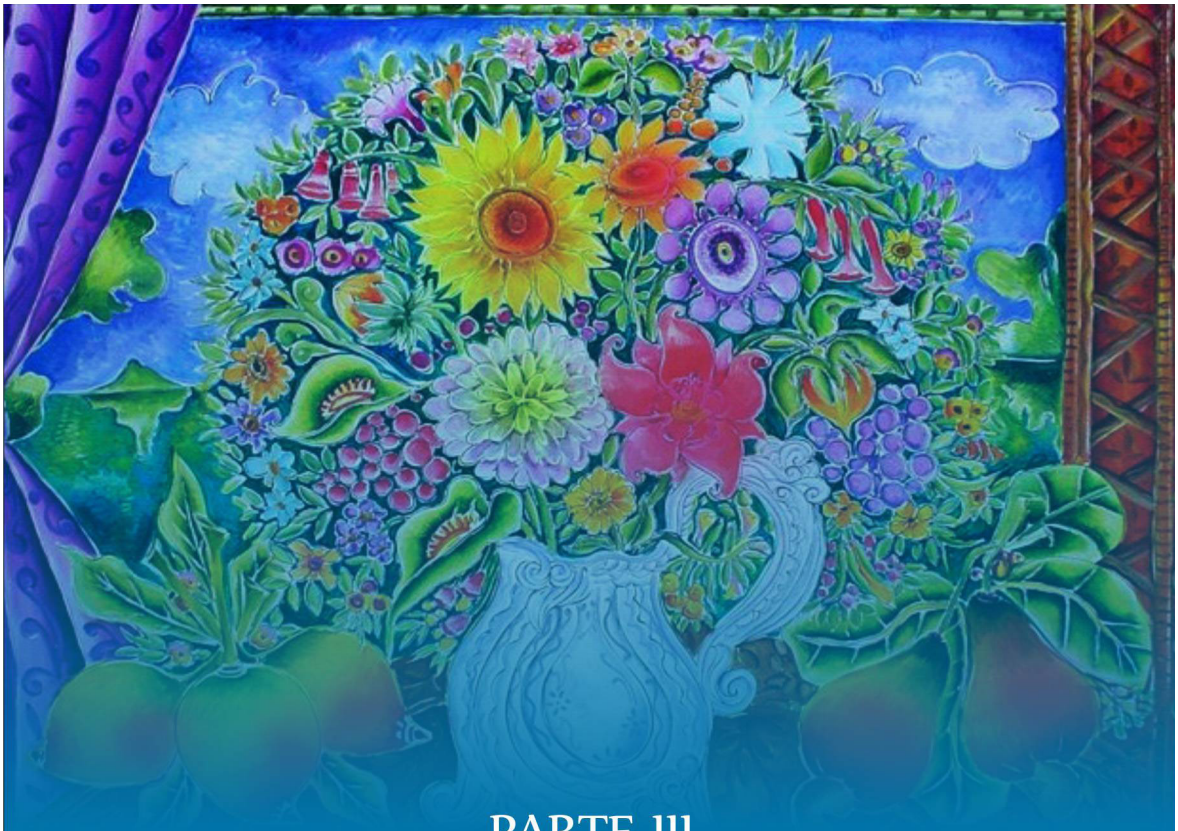
PINHO, A. A. *et al*. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de papanicolau no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, Suplemento 2, p. 303-313, 2003.

PONTES, A. P. A. Detecção Precoce do Câncer de Colo Uterino: motivos que levam mulheres a não realização do exame. **SANARE** - Revista de Políticas Públicas, Sobral/CE, n. 2, ano III, 2002.

ROBLES, S.; WHITE, F.; PERUGA, A. Tendencias de la mortalidad por cáncer del cuello de útero en las Américas. **Bol. Oficina Sanit Panam**, Washington, v. 121, n. 6, p. 478-90, 1996. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v121n6p478.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SLOMP, F. M. **Melhora quantificativa dos preventivos de câncer uterino colhidos nos domicílios no Programa Saúde da Família Guarapuava**, [s.n], **Curitiba-PR** 2000.

TAVARES, C. M. A; PRADO, M. L. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto contexto-enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 4, out.



PARTE III

A PRODUÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO: RESUMOS DAS MONOGRAFIAS

Olhe: o que devia de haver, era de se reunirem os sábios, políticos, constituições gradas, fecharem o definitivo a noção – proclamar por uma vez, artes assembléias, que não tem diabo nenhum, não existe, não pode. Valor de lei! Só assim davam tranqüilidade boa à gente. Por que o Governo não cuida?!

Ah, eu sei que não é possível. Não me assente o senhor por beócio. Uma coisa é por idéias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente – dá susto se saber – e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuvas e negócios bons [...]. (Guimarães Rosa)

PARTE III - A PRODUÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO: RESUMOS DAS MONOGRAFIAS

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE NOVA MONTE VERDE, MATO GROSSO

Janete Aparecida Soares[1]
Marina Atanaka dos Santos[2]

Neste estudo, narra-se o processo de construção da Saúde Pública no município de Nova Monte Verde, Mato Grosso, no período de 1983 a 2008. A partir da perspectiva das autoras deste texto como sujeitos implicados no contexto da pesquisa, procede-se à caracterização dos cenários local, estadual e nacional de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na localidade, dada de forma contínua e no momento atual. Otrabalho divide-se em três capítulos. No primeiro, realiza-se uma breve retrospectiva da história da saúde no município em foco, com destaque para o modo de implantação do SUS. No segundo, descrevem-se as condições socioeconômicas e políticas da cidade e a situação do referido sistema no ano de 2008. No terceiro capítulo, apresenta-se a análise dos resultados. Com a pesquisa põe-se em debate o deslocamento da situação inicial do movimento de implantação do SUS em Nova Monte Verde, identificando-se, nas considerações

1 Assistente social, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Nova Monte Verde - Mato Grosso (MT), egressa da IV turma doCurso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (CGSSS).

2 Enfermeira, doutora em Saúde Pública, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT), orientadora.

finais, as dificuldades, os avanços e os desafios para a consolidação dos princípios desse sistema público.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Municipalização. Política de Saúde. Saúde.

CAMINHOS DO SUS NO MUNICÍPIO DE TABAPORÃ, MATO GROSSO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Inêz Ferreira Figueiredo Lauro[3]
Jaqueline Fernandes de Cintra Santos[4]

Neste trabalho, busca-se descrever a implantação das políticas de saúde no município de Tabaporã, Mato Grosso, no período de 2002 a 2008. Para tal, caracteriza-se o perfil da população e as condições da saúde local, dos serviços ofertados e da organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, ao longo dos referidos anos. Utilizam-se, também, dados de ordem econômica e informações referentes às mudanças ocorridas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Observa-se que o município realizou várias ações para a estruturação e ampliação dos serviços oferecidos à população, que repercutiu diretamente na melhoria do acesso e na garantia da atenção à saúde do usuário tabaporaense. Nesse sentido, aumentou-se o número de unidades de saúde de duas - um hospital e uma Unidade do Programa Saúde da Família (PSF) - para seis, sendo quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), um hospital e uma unidade de reabilitação. Além disso, implantou-se a Equipe de Vigilância em Saúde, com investimentos em infraestrutura física e de recursos humanos para o funcionamento da Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. As mudanças efetuadas no SUS na época em estudo desencadearam progressos nos resultados dos indicadores da Atenção Básica e dos recursos financeiros e humanos. Os gastos com a saúde por habitanteao ano saltaram de R$81,23 em 2002 para R$369,77 em 2008. A equipe de trabalhadores do SUS municipal, que era de 48 funcionários, passou a constar de 108 profissionais.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Planejamento de Instituições de Saúde. Sistema Único de Saúde.

3 Graduada em Letras, vinculada à SMS de Tabaporã/MT, egressa da Turma III do CGSSS.

4 Enfermeira, doutora em Saúde da Criança e da Mulher, docente do ISC/UFMT, orientadora.

A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONQUISTA D'OESTE, MATO GROSSO

Marcelo Faustino de Oliveira[5]
Maria Angélica Santos Spinelli[6]

Nesta pesquisa, focaliza-se a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Conquista D'Oeste, Mato Grosso, com ênfase nos avanços alcançados durante o período compreendido entre os anos de 2001 e 2007. Na revisão bibliográfica, perpassa-se a história das políticas de saúde no Brasil, desde a sua origem até os dias atuais. Abordam-se as concepções de Atenção Primária e a institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) no país e no estado de Mato Grosso. Trata-se de um estudo descritivo para o qual se adota a análise documental fundamentada nos documentos produzidos pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Conquista D'Oeste. Entre os principais resultados obtidos destacam-se a organização do Sistema Municipal de Saúde, com ênfase na Atenção Básica, e a evolução da cobertura do PSF, que hoje chega a 100%. As referências do município são garantidas através do Consórcio do Vale do Guaporé. Os servidores municipais detêm vínculo efetivo com a Prefeitura. Quanto aos recursos humanos, em 2001 a SMS contava com 15 profissionais da saúde, em 2007 esse número passou para 40, o que representa um aumento de 113,3%, aumento que tem reflexo direto na melhoria e eficácia do atendimento. De acordo com o SIOPS o percentual da despesa própria aplicado de 2001 a 2007 ultrapassou o mínimo exigido pela EC 29, aplicando em 2001 21,33% e em 2007 18,33%. Este estudo deixa claro que, com a efetivação do PSF, a participação por meio de mecanismos de controle social e o aumento dos investimentos em recursos humanos e financeiros, a Atenção Primária no município de Conquista D'Oeste apresentou melhoras no que respeita ao acesso da população aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Atenção Primária. Programa Saúde da Família.

5 Enfermeiro, vinculado à SMS de Conquista D'Oeste/MT, egresso da Turma III do CGSSS.

6 Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva, docente do ISC/UFMT, orientadora.

CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE LUCAS DO RIO VERDE, MATO GROSSO

Terezinha de Cássia Viana Gimenes[7]
ValdelírioVenites[8]

Neste trabalho investigativo, busca-se caracterizar o Sistema Municipal de Saúde (SMS) de Lucas do Rio Verde, Mato Grosso, cuja reorganização deu-se pela estratégia Saúde da Família que, por sua vez, tem por base as concepções de Atenção Primária. Trata-se de um estudo descritivo no qual se serve da análise documental para o entendimento de como o referido Sistema vem se organizando no município desde o ano de 1988, época de emancipação do local. A revisão bibliográfica perpassa a história das políticas de saúde no Brasil, desde a Proclamação da República até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), chegando aos dias atuais com ênfase na Atenção Primária e reorganização da atenção pelo Programa Saúde da Família. Ademais, procede-se ao levantamento dos antecedentes históricos do setor de saúde no município e à descrição da sua organização a partir de 1999, quando foi implantada a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF). Ainda, apontam-se alguns indicadores relativos aos oito anos de instituição do PSF na localidade: o aumento significativo da cobertura populacional; a ampliação dos serviços de referência, impulsionada pela demanda das ESF, levando a reorganização do Sistema de Saúde; o aumento em mais de 900% do quadro de recursos humanos, despertando a urgente necessidade de qualificação do setor; a resolutividade das ESF quanto a questões cotidianas de saúde/doença com a solução de mais de 90% dos problemas, restando poucos encaminhamentos para especialidades médicas e hospitalizações. Verifica-se que o PSF se configura como um modelo de Atenção Primária em Lucas do Rio Verde e que sua ampliação está garantida pelo Plano Plurianual Municipal (PPA) 2006/2009, que prevê o estabelecimento de uma Unidade de Saúde da Família por ano.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Administração de Serviços de Saúde.

7 Enfermeira, vinculada à SMS de Lucas do Rio Verde/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

8 Enfermeiro, mestre em Saúde Coletiva, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT), orientador.

A GESTÃO DA SAÚDE EM SERRA NOVA DOURADA, MATO GROSSO: HISTÓRICO E ANÁLISE DE INDICADORES

Carla Cecília Seixas Lopes[9]
ValdelírioVenites[10]

O início do funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF) na região do Araguaia, Mato Grosso, à qual pertence o município de Serra Nova Dourada, data do ano de 1998. Emancipada no ano 2000, a cidade recebeu a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica, sendo-lhe indicada a necessidade de implantação do modelo assistencial vigente em ascensão no período em substituição àquele hospitalocêntrico e curativista. No entanto, o acesso aos recursos financeiros dava-se mediante o cumprimento de alguns pré-requisitos cuja manutenção dependia de o município pactuar metas e cumprir a maioria delas. A concretização desse modelo de assistência aconteceu por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, que, inspirada pelas discussões levantadas durante a Conferência de Alma-Ata (1978), estabeleceu os fundamentos da Atenção Primária e definiu o arcabouço do que viria a ser o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL,1988). Nos anos oitenta, com o impulso da Reforma Sanitária, originou, na IX Conferência Nacional de Saúde (1992), a proposta em defesa da vida, divulgando-se o modelo tecnoassistencial e tendo por fundamento a gestão democrática, a saúde como um direito à cidadania e um serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Atualmente, no Brasil, a diretriz da Política Nacional de Atenção Básica pauta-se na Portaria 648/06 (Brasil, 2006), visando à sua reorganização de acordo com os preceitos do SUS. Nessa perspectiva, caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo. Seu desenvolvimento dá-se por meio de práticas sanitárias democráticas e participativas, executadas sob a forma de trabalho em equipe,sendo dirigidas à população. O processo de pactuação da Atenção Básica é firmado e realizado no Pacto de Indicadores da Atenção Básica (SISPACTO), cujo objeto são as metas anuais em relação aos indicadores de saúde, acordados pela regulação específica do Pacto de Gestão, Portaria 399/06 (Brasil, 2006). Utilizando-se dados secundários de um sistema de informação e de relatórios internos da Secretaria de Saúde de Serra Nova Dourada, bem comoatas do Conselho Municipal de Saúde, fo-

9 Enfermeira, vinculada à SMS de Serra Nova Dourada/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

10 Enfermeiro, mestre em Saúde Coletiva, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, orientador.

ram selecionadospara estudo apenas dezessete dos 28 indicadores do SISPACTO, acrescentando-se mais um, escolhido posteriormente. Os indicadores examinados foram eleitos por sua ligação direta com a Atenção Básica e por permitir interpretações que evidenciam as fragilidades do próprio pacto e das fontes de informação, desde a coleta primária dos dados até sua compilação nos sistemas de informação da base de dados nacional. Diante das metastraçadas, firma-se o propósito de se repensar a formatação de um sistema que permita a inclusão de todas as ações realizadasem municípios de pequeno porte, com base nas necessidades reais - e não contempladas em sua habilitação - sem reconhecimento ou apoio financeiro. Nesse sentido, o município tem em seu foco de necessidade o território e a geografiacomoelementos determinantes e a manutenção da vida como prioridade.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde. Pacto de Gestão. Vigilância em Saúde.

AS COMPETÊNCIAS DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE E AS ATRIBUIÇÕES DO GESTOR - EXPERIÊNCIA EM RESERVA DO CABAÇAL, MATO GROSSO

Filomena Xavier Teodora de Lima[11]
Fátima A. Ticianel Schrader[12]
Júlio Strubing Müller Neto[13]

A municipalização da saúde designa para a gestão municipal a responsabilidade de definir junto à comunidade local as bases da política e os modelos de organização dos serviços coletivos e individuais destinados ao atendimento da população. A necessidade imposta pela descentralização e municipalização do setor coloca em destaque o papel do gestor ou dirigente municipal de saúde que assume a liderança desses processos. Verifica-se que esses administradores vêm protagonizando experiências em todo o país, nos municípios de grande, médio e pequeno

11 Administradora de empresas, vinculada ao SMS de Reserva do Cabaçal/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

12 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde/Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal de Mato Grosso, orientadora.

13 **Médico sanitarista e psiquiatra, doutor em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, coorientador**.

portes, e avançaram em busca de ferramentas, instrumentos de gerenciamento para o estabelecimento uma nova prática. A partir das reflexões em torno da experiência pessoal da gestora de saúde, no período de 1997 a 2004, realiza-se um estudo sobre as competências municipais e as atribuições do gestor municipal de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Analisa-se como essas competências e atribuições incorporam-se na prática concreta do pequeno município de Reserva do Cabaçal, Mato Grosso, na estruturação do seu sistema e dos serviçosde saúde e no papel desempenhado pelo gestor municipal, enfocando-se os limites da sua ação. Em termos metodológicos, adota-se a abordagem descritiva e a pesquisa bibliográfica e documental, utilizando-se de fontes secundária e primária. Observa-se que a sistematização das competências comuns e específicas, identificadas na legislação do SUS, serve de roteiro para o reconhecimento das atribuições do gestor do município em suas dimensões política, técnica e administrativa. Discute-se, ademais, a falta de autonomia do gestor para alguns processos, o que muito dificulta a fluência da dinâmica do trabalho.

Palavras-chave: Descentralização da Saúde. Sistema Único de Saúde. Normas Operacionais da Saúde. Competências da Gestão Municipal. Atribuições do Gestor Municipal.

RELATO HISTÓRICO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA, MATO GROSSO

Crisley Suzane Rodrigues Araújo[14]
Maria Salete Ribeiro[15]

Neste estudo, relata-se a história da saúde pública no município de São Félix do Araguaia, Mato Grosso. Procede-se à sistematização de dados oriundos de fontes secundárias, dentre as quais se destacam os documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do arquivo da Prelazia de São Félix do Araguaia. Na identificação e análise desse material selecionado enfocam-se a participação e o controle social, a estrutura e a organização dos serviços de saúde. Os dados evidenciam os avanços e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o processo de descentralização e expansão de oferta de serviços implantados e/ou implementados a partir de 1997, quando o órgão foi instituído. No entanto, revelam o muito que ainda há para ser ampliado, em especial quanto à garantia da integralidade da atenção, dificultada pela distância e o difícil acesso do usuário aos serviços de referência e pela falta de estrutura e recursos humanos especializados.

Palavras-chave: Política de Saúde. Descentralização.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS, MATO GROSSO

Deriane Gouveia de Oliveira[16]
Rose Maria Peralta Guilherme Fava[17]

O Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado em 1988 pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), adota um conceito bastante abrangente de saúde, então como um direito à cidadania ou, mesmo, à própria vida a ser assegurado pelo Es-

14 Contadora, vinculada à SMS de São Félix do Araguaia/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

15 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social da UFMT, orientadora.

16 Farmacêutica bioquímica, vinculada à SMS de Barra do Garças/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

17 Odontóloga, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

tado e gerido sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo. Nesse contexto, considera-se que os processos decisórios devem ser tomados por quem está próximo do fato, da realidade vivida o que consiste na principal estratégia de descentralização adotada pelo SUS, reforçando o poder municipal sobre a gestão. No município de Barra do Garças, Mato Grosso, as constantes mudanças políticas dos gestores, aliadas à ausência de uma série histórica sobre essa dinâmica, documentada na Secretaria de Saúde local, constituíram obstáculos ao resgate da história da evolução das políticas de saúde do município. Nessa perspectiva, o objetivo central neste trabalho é conhecer e descrever o processo de implantação do SUS nessa cidade. Utilizam-se como fonte de informações documentos como planos municipais de saúde, relatório de gestão, leis, portarias, além de outras fontes secundárias. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi instituída em 1991, juntamente com o Fundo Municipal de Saúde. Dois anos depois, criou-se o Conselho Municipal de Saúde, importante espaço para o acompanhamento das políticas de saúde. Os trabalhadores da saúde possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), aprovado em lei. Em relação à Rede de Atenção à Saúde, em 2008, a porta de entrada ao Sistema para o usuário é a atenção básica, através das unidades de Saúde da Família ou centros de saúde. O serviço de saúde conta com a organização dos serviços de referência e a existência do Consórcio Intermunicipal Garças-Araguaia. As ações implementadas, no período estudado, tanto pelos gestores quanto pelos trabalhadores e atores sociais, constituem uma parte importante da história da interiorização e descentralização das políticas de saúde pública de Mato Grosso.

Palavras-chave: Saúde Pública. Descentralização. Gestão em Saúde.

O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JANGADA, MATO GROSSO, 2008

Patrícia Botelho Soares dos Anjos[18]
Maria Angélica dos Santos Spinelli[19]

Os níveis de saúde da população têm como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, elementos esses expressivos da organização social e econômica do país. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como uma estratégia favorável à participação e ao controle social do acesso da população à saúde pública, em atividades de responsabilidade do âmbito municipal, estadual e nacional. Em Mato Grosso, os avanços na política de saúde propiciarama implantação e a implementação de ações criadas pelo governo, como o Programa Saúde da Família (PSF). Em face desse contexto, este estudo focaliza o município de Jangada, situado a 72 km de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, que, visando a promoção da saúde dos moradores, passou a contar, a partir do ano 2000, com o os serviços do PSF. Constitui o objetivo geral desta pesquisa a análise das ações do SUS no referido município, em 2008. Através da abordagem descritiva de dados secundários, procede-se ao levantamento e à análise de documentos existentes na Prefeitura Municipal de Jangada, na Secretaria Municipal de Saúde, na Secretaria Estadual de Saúde e no Ministério da Saúde; de informações fornecidas pela gestão municipal a respeito da contextualização histórica do Programa de Saúde da Família na cidade em apreço; da Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742/93; dos relatórios de gestão do Sistema de Informação do Pacto da Atenção Básica (SISPACTO); e da política de recursos humanos e da estrutura física do posto de serviço para atendimento à comunidade. O estudo evidencia os avanços conquistados pelo município com a implantação do PSF, mas também demonstra a estagnação na manutenção da estrutura física dos postos de serviços. Ademais, aponta a falta de recursos para o cumprimento das metas e a dificuldade de lidar com o fator socioeconômico e cultural da população como medidas de prevenção necessária para a promoção da qualidade de vida da comunidade.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família (PSF). Prevenção. Manutenção.

18 Enfermeira, vinculada à SMS de Jangada/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

19 **Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva, docente do ISC/UFMT, orientadora.**

REORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CUIABÁ E MATO GROSSO

Maria Gabriela Boabaid Teixeira[20]
Fátima Aparecida TicianelSchrader[21]

Nesta pesquisa, descreve-se o processo de reorganização da gestão do sistema e dos serviços de saúde na assistência oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, caracteriza-se a estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) e da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS/Cuiabá), bem como os atos e mecanismos normativos datados do ano de 1999 em diante e concernentes aos níveis federal, estadual e municipal. Também, narra-se as contribuições do setor para a administração do SUS municipal, única referência no Estado. Ainda, discorre-se sobre o marco legal da criação da Central de Regulação Oncológica (CRO) de Cuiabá, seu regimento interno, suas rotinas e atividades operacionais, a qual se constituiu numa estratégia para a organização da gestão doSUS e para dar acesso ao usuário aos serviços disponibilizados a partir da suspeita e/ou confirmação de acometimento por câncer. O objetivo principal dessa regulamentação foi, pois, organizar, reorientar o fluxo assistencial quando ocorre essa suspeita e quando há o encaminhamento dos casos novos, agilizando e facilitando o acesso aos procedimentos necessários ao tratamento integral, bem como o acompanhamento da implantação das diretrizes da política estadual de prevenção, controle e gestão do câncer no Estado e no município de Cuiabá.

Palavras-chave: Política de Saúde. Regulação. Oncologia. Rede de Atenção Oncológica.

20 Nutricionista, vinculada ao Escritório Regional de Saúde de Cuiabá/SES/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

21 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do NDS/ISC/UFMT, orientadora.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO NO MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE, MATO GROSSO, 2004

Haidi Beatriz Wobeto Baraldi[22]
Márcia Lotufo[23]

Pesquisa descritiva de caráter exploratório, realizada com o objetivo de avaliar o Plano Municipal de Saúde do município de Primavera do Leste, Mato Grosso, elaborado no ano de 2004. Os dados são coletados tendo-se como referência a Portaria 548, de 12 de abril de 2001, do Ministério da Saúde e são analisados posteriormente sob a ótica do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus. Além daquele documento, são examinados outros, como o Plano Plurianual de Ação (PPA), o orçamento e o relatório da Conferência de Saúde, a fim de se contextualizar e identificar as relações entre seus teores. O esquema analítico construído para a análise do referido PPA elucida aspectos importantes relativos à construção do Plano Municipal de Saúde, evidenciando a falta de coerência interna no documento. Entre os pontos mais problemáticos, destacam-se: a não utilização das informações para subsidiar a definição das metas; a desarticulação entre os diversos instrumentos de planejamento em saúde; a desvinculação da peça orçamentária com as metas do plano, reforçando a idéia de que o orçamento seja apenas instrumento de controle das ações. Dessa forma, o plano assume um significado apenas ritualístico, como uma formalidade técnico burocrática, e, portanto, não cumpre a sua função primordial, qual seja explicitar a política e a direcionalidade da instituição pelo governante. O estudo reforça o fato de que a maioria dos municípios brasileiros tem dificuldade de elaborar um Plano de Saúde como um instrumento de gestão, que realmente norteie as ações de saúde para o atendimento das expectativas da população e dos profissionais da área.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Plano de saúde.

22 Enfermeira, vinculada à SMS de Primavera do Leste/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

23 **Nutricionista, doutora em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, orientadora.**

O PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA SECRETARIA DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS, MATO GROSSO

Adriana Portela de Oliveira[24]
Lígia Regina de Oliveira[25]

Neste estudo, descreve-se a estrutura do planejamento global da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rondonópolis, Mato Grosso, com ênfase na elaboração do Plano Municipal de Saúde e demais instrumentos de gestão daquele órgão. Trata-se de uma pesquisa descritiva, desenvolvida com base em referenciais bibliográficos e na análise documental, especialmente, dos princípios que orientam o processo de descentralização, o planejamento em saúde, o planejamento estratégico, o planejamento estratégico situacional, a gestão da saúde, a legislação referente ao planejamento público e os meios utilizados na constituição desses componentes. Os dados foram analisados concomitantemente às constatações acerca da realidade da Secretaria em foco. Os resultados sugerem que o planejamento executado pela SMS de Rondonópolis se encontra estruturado, porém de forma fragmentada e setorizada, além de haver insuficiência de recursos humanos. Embora, teoricamente, se verifique sintonia entre o orçamento a ser disponibilizado para a execução dos serviços previstos no planejamento, este acaba se tornando mais uma ferramenta formal para a captação de recursos do que de aplicabilidade prática. Observa-se, ademais, pouca integração na condução das ações de saúde pela equipe. As práticas e a estrutura do planejamento precisam ser melhoradas para que possam apoiar a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Descentralização. Municipalização. Planejamento. Plano Municipal de Saúde.

24 Administradora de empresas, vinculada à SMS de Rondonópolis/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

25 Enfermeira, doutora em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, orientadora.

PROCESSO DE PLANEJAMENTO NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL D'OESTE, MATO GROSSO

Lucy Silva de Oliveira[26]
Márcia Lotufo[27]
Janil Leite de Oliveira[28]

Este trabalho resulta do estudo de caso intitulado "Processo de Planejamento na Secretaria de Saúde do Município de Mirassol D'Oeste/MT", desenvolvido através da abordagem qualitativa, caracterizando-se como estudo do tipo descritivo e exploratório. O objetivo é caracterizar, a partir da opinião dos funcionários desse órgão, o processo de planejamento da instituição, no ano de 2005, enfocando os métodos, técnicas e instrumentos (formulário, ficha, matriz, modelo) empregados. A pesquisa de campo dá-se através da técnica de entrevista, aplicada ao gestor de saúde da referida Secretaria de Saúde; a sete profissionais responsáveis pelos setores de Agendamento, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária; e a funcionários de Recursos Humanos e Gerenciamento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os dados são analisados com base no perfil dos entrevistados, em sua opinião sobre o processo de planejamento, incluindo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados com esse fim. A pesquisa demonstra que a SMS não apresenta um planejamento próprio, limitando-se a cumprir as normas e diretrizes de governo.

Palavras-chave: Processo de planejamento. Concepção. Métodos e técnicas.

26 Geógrafa, vinculada à SMS de Mirassol D'Oeste/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

27 Nutricionista, doutora em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, orientadora.

28 Enfermeira, mestre em Saúde e Ambiente, docente do ISC/UFMT, coorientadora.

PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NORTELÂNDIA, MATO GROSSO

AlianePiovezan Gomes[29]
Janil Leite de Oliveira[30]

O objetivo neste estudo é caracterizar o processo de programação da Secretaria Municipal de Saúde de Nortelândia, Mato Grosso, no ano de 2005. Trata-se de uma pesquisa exploratória e de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, adota-se a técnica de entrevista, aplicada a um gestor, três profissionais atuantes no nível central 2 da referida unidade de saúde e um conselheiro municipal de saúde. Os dados são analisados com base nos seguintes aspectos: perfil dos entrevistados e as opiniões destes sobre o planejamento da gestão, envolvendo a programação, os métodos, as técnicas e os instrumentos utilizados nesse sentido. Os principais resultados dainvestigação demonstram a existência do conhecimento de métodos e técnicas, bem como a utilização de instrumento de gestão no processo de programação da Secretaria Municipal de Saúde de Nortelândia. Conclui-se que essa instituição não desenvolve ações de trabalho fundamentadas no Planejamento Municipal, sendo, sim, fortemente induzida em suas atividades e cronogramas por programas elaborados pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Programação do Plano Municipal de Saúde. Opinião. Métodos. Técnicas. Instrumentos.

29 Engenheira sanitarista, vinculada à SMS de Nortelândia/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

30 Enfermeira, mestre em Saúde e Ambiente, docente do ISC/UFMT, orientadora.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTA FLORESTA, MATO GROSSO

Robson Valadão[31]
Maria Salete Ribeiro[32]

Nesta pesquisa, busca-se aprofundar o conhecimento sobre a organização e a gestão dos fundos municipais de saúde (FMS), em especial o de Alta Floresta, Mato Grosso, com foco em sua origem, no seu estágio atual de funcionamento e nos fatores que justificaram a sua implementação. Os dados de fontes secundárias, levantados junto à Secretaria Estadual de Saúde, mostram que a grande maioria dos municípios mato-grossenses, incluindo-se Alta Floresta, não dispõe do FMS como unidade orçamentária autônoma dentro da prefeitura local, tendo-o apenas como instrumento burocrático para cumprimento legal. Essa ausência gera morosidade nas licitações e compras, comprometendo a manutenção dos serviços de saúde, e propicia o descontrole dos empenhos para a saúde dos pagamentos. Ademais, causa constrangimentos com fornecedores em função do descumprimento de prazos, mesmo existindo recursos financeiros em contas correntes bancárias. O FMS de Alta Floresta, criado no ano de 1991, só começou a funcionar efetivamente em março de 2006, motivado pelo gestor da saúde, que, tendo recebido capacitação, sensibilizou o gestor maior do executivo sobre a importância dessa estruturação.

Palavras-chave: Política de Saúde. Gestão e Fundo Municipal de Saúde.

31 Assistente social, vinculado à SMS de Alta Floresta/MT, egresso da Turma II do CGSSS.

32 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social da UFMT, orientadora.

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CUIABÁ, MATO GROSSO, 2000-2004

Elizabeth de Arruda Pinto[33]
Maria Salete Ribeiro[34]

Neste estudo, visa-se identificar e analisar as fontes de receitas do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Cuiabá, Mato Grosso, repassadas pelos três entes federados, e a aplicação desses rendimentos nas ações e serviços públicos de saúde. A coleta dos dados restringe-se ao período de 2000 a 2004, tendo como principal fonte de levantamento o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e o Relatório de Gestão 2004 da Secretaria Municipal de Saúde. A análise demonstra que o custeio do SUS/Cuiabá com vistas a garantir a atenção à saúde depende das transferências de recursos oriundos da União e do Estado. As receitas próprias da área da saúde estão comprometidas com as despesas de pessoal e encargos, sendo o percentual das aplicações na saúde superior aos estabelecidos pela Emenda Constitucional 29/00. Esse financiamento depende de recursos de outras fontes, possivelmente de convênios, visto que a receita da saúde é aplicada quase que totalmente para das ações e serviços públicos do setor. Considerando a despesa total da saúde, registrou-se entre os anos 2000 e 2004 um crescimento de 71,8%.

Palavras-chave: Política de Saúde. Gestão. Financiamento.

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM NORTELÂNDIA, MATO GROSSO

Diógenes Souza Amaral[35]
Maria Salete Ribeiro[36]

Neste trabalho investigativo, analisa-se o financiamento do Sistema Único

33 Economista, técnica do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – Mato Grosso (COSEMS/MT), egressa da Turma I do CGSSS.

34 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/UFMT, orientadora.

35 Enfermeiro, vinculado à SMS de Nortelândia/MT, egresso da Turma II do CGSSS.

36 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/UFMT, orientadora.

de Saúde (SUS) no município de Nortelândia, Mato Grosso. Para tanto, recorre-se a fontes secundárias de dados. O exame minucioso da prestação de contas referente aos serviços de saúde executados no exercício de 2004 evidencia que despesas foram efetuadas com ações e serviços que não são de responsabilidade da área de saúde. De acordo com o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), o percentual aplicado no exercício analisado também não estava em conformidade com a Emenda Constitucional nº 29/2000. Por outro lado, o estudo esclarece que a descentralização e a municipalização implicam em partilha de poder e saber, pois a delegação de competências sem autonomia e poder de decisão é um fator limitante da realização de uma gestão eficiente. A conquista de autonomia resulta de um processo político conflituoso, porque se põem em confronto os interesses dos grupos hegemônicos de poder.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Financiamento.

CARACTERIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO, MATO GROSSO

Ana Maria Vicente Barbosa[37]
Lígia Regina de Oliveira[38]

Instrumentos de gestão, como planejamento, orçamento e financiamento, são partes da organização dos sistemas públicos de saúde, conforme dispositivos contidos na Lei Orgânica de Saúde, nº 8080/1990. Neste trabalho, procede-se a uma breve abordagem sobre a organização do Sistema Público de Saúde no município de São José do Rio Claro, Mato Grosso, com foco nos assuntos que interligam aqueles meios de administração. Verifica-se a importância do processo do qual constam os princípios e as diretrizes concernentes às ações e aos serviços de saúde no município. Consequentemente, há de se pensar na integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Nesse sentido, devem-se mobilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na localidade

37 Enfermeira, vinculada à SMS de São José do Rio Claro/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

38 Enfermeira, doutora em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, orientadora.

para a prestação de serviços de assistência à saúde da população, com vistas à melhoria da capacidade de organização e resolução dos serviços públicos em todos os níveis de assistência.

Palavras-chave: Orçamento. Financiamento. Lei Orgânica de Saúde. População.

FATORES QUE DETERMINAM A MOTIVAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DE TERRA NOVA DO NORTE, MATO GROSSO

Mauro Vigo Simioni[39]
Maria da Anunciação Silva[40]

Neste trabalho, investigam-se os fatores relacionados à motivação dos agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Terra Nova do Norte, Mato Grosso, no que se refere ao seu desempenho no exercício de suas funções. A coleta de dados dá-se através de um questionário, aplicado a um total de 37 desses profissionais. Verifica-se a predominância de aspectos subjetivos relacionados ao trabalho, a exemplo da boa relação com a chefia e colegas e a gratidão dos pacientes, como sendo os mais importantes fatores motivadores para os entrevistados. Embora a maioria dos ACS se mostre insatisfeita com o salário percebido, o grupo isenta-se de atribuir a esse aspecto um caráter desmotivador.

Palavras-chave: Motivação. Saúde da Família. Trabalho de enfermagem.

39 Enfermeiro, vinculado à SMS de Terra Nova do Norte/MT, egresso da Turma II do CGSSS.

40 Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente da Faculdade de Enfermagem/UFMT, orientadora.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A PRÁTICA DE REGISTROS DE DADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINO, MATO GROSSO

Dilma da Conceição A. de Souza[41]
Lydia Maria Bocayuva Tavares[42]
Júlio Strubing Müller Neto[43]

Neste trabalho, cuja referência é o ano de 2005, discorre-se sobre a importância da informação em saúde e investiga-se como a prática de registros de dados vem sendo desenvolvida pelos profissionais da área em cada Programa de Saúde da Família (PSF). Nesse sentido, analisa-se como são preenchidos os relatórios mensais, os tipos de relatórios e impressos utilizados pelas equipes, quem avalia os dados, como e quem realiza as consolidações eos instrumentos empregados na coleta de dados. Portanto, trata-se de um breve relato sobre os sistemas de saúde utilizados pelos PSF, uma vez que tais sistemas contribuem para a construção do conhecimento no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família. Informação e registro de dados em sáude.

41 Pedagoga, vinculada à SMS de Diamantino/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

42 Médica do Ministério da Saúde, mestre em Saúde e Ambiente, orientadora.

43 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: INSTRUMENTO DE GERÊNCIA REGIONAL EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO

Luis Soares[44]
Luisa Guimarães Queiroz[45]

Neste estudo, descreve-se o processo de implantação e operacionalização dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS) em Mato Grosso, a partir de 1995, os quais foram e continuam sendo uma importante ferramenta de gerência na organização e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com suas estruturas de atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade, nesse e em outros Estados do país. Busca-se, com isso, compreender como ocorreu esse processo relativamente ao CIS Teles Pires, o primeiro do território mato-grossense e que vem se firmando como uma vitória do conjunto de parceiros envolvidos na iniciativa - municípios, Estado e União. Ademais, procura-se entender a capacidade técnica e política de profissionais de saúde, agentes políticos, enfim de todos os que cooperaram direta e indiretamente para a materialização desse feito. Na descrição dessa experiência, apontam-se os problemas que dificultam a dinâmica de organização da referência regional no âmbito da assistência à saúde. Busca-se no referencial bibliográfico a fundamentação conceitual para a construção de um marco teórico e legal do processo de constituição do SUS e, nesse contexto, a inserção do processo de organização e operacionalização dos consórcios intermunicipais de saúde de Mato Grosso. Analisa-se a organização dos treze consórcios atualmente implantados e em atividade no âmbito estadual, para posteriormente se caracterizar a macrorregião do Teles Pires, foco deste estudo. Nessa perspectiva, examina-se também a concepção e implantação do Hospital Regional de Sorriso, uma das referências de atendimento médico-hospitalar no eixo da importante rodovia de integração nacional, a BR-163. Em termos metodológicos, o trabalho investigativo consta do levantamento de um conjunto rico de informações junto aos vários atores envolvidos no processo de organização dos consórcios. Tais informações permitem a caracterização e a análise desse mecanismo de parcerias estabelecida entre entes juridicamente iguais, no caso os municípios, agregando esforços técnicos, políticos e de cooperação financeira com a Secretaria Estadual de Saúde nadinâmica de organização do SUS em Mato Grosso.

Palavras-chave: Gestão na saúde. Regionalização em saúde. Consórcio em saúde.

44 Sanitarista, vinculado à SMS de Cotriguaçu/MT, egresso da Turma I do CGSSS.

45 Psicóloga, doutora em Saúde Pública, Ministério da Saúde, orientadora.

PACTO PELA SAÚDE: ANÁLISE DA ADESÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE SAÚDE ALTO TAPAJÓS- MATO GROSSO

Sônia Alves Pio[46]
Maria Salete Ribeiro[47]

O Pacto pela Saúde é a mais recente mudança proposta para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta para a construção de uma gestão solidária compartilhada entre municípios, Estado e União, definindo-se responsabilidades sanitárias para cada esfera gestora. Essa inovação é assegurada através do Termo de Compromisso de Gestão, que inclui a definição do financiamento de forma agrupada/blocos e o modelo de adesão. Na análise do processo de adesão dos municípios da microrregional Alto Tapajós, observa-se que todos aderiram no mesmo período, em 2007, sem que para isso se servissem de novos recursos. Destacam-se entre os compromissos assumidos e ainda não cumpridos por essas unidades da federação: ações de vigilância em saúde, integralidade da assistência farmacêutica, garantia do acesso da população às ações e serviços referenciados. Quanto às condições existentes para a execução desses acordos, registram-se: as precárias condições de estrutura e equipamentos das unidades de saúde; a inexistência de um complexo regulador, de auditoria e de ações de controle e avaliação; e o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Com relação ao controle social, ressalta-se a ausência de condições básicas para o funcionamento dos conselhos municipais de saúde na maioria dos municípios. Por ocasião da discussão sobre o Pacto no Colegiado de Gestão Regional, verifica-se que, das 26 reuniões realizadas nos anos anteriores à adesão, 2006 e 2007, em apenas sete encontros o assunto foi debatido, tendo-se levantado poucas dúvidas e questionamentos a respeito, dentre os quais o financiamento e a capacidade de o Estado assumir a cogestão do SUS. O Pacto apresenta avanços significativos no processo de organização da gestão do Sistema nas três esferas administrativas, mas, relativamente à dimensão da Defesa do SUS, pouco figura nas discussões locais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Pacto pela Saúde.

46 Assistente social, vinculada ao Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta/SES, egressa da Turma IV do CGSSS.

47 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/UFMT, Orientadora.

O PAPEL DO ESTADO NA IMPLEMENTAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO SUS EM MATO GROSSO

Christiane Leão Rufino[48]
Fátima A. Ticianel Schrader[49]

Com a descentralização da saúde, via regionalização, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso passa a ter uma importância vital na condução da organização das referências intermunicipais e do complexo regulador, então facilitador do acesso aos usuários aos serviços médico-hospitalares disponibilizados. Neste trabalho busca-se caracterizar a regulação assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) e como se deu a implantação do Complexo Regulador na Política de Saúde de Mato Grosso, questionando-se o mecanismo adotado pela SES no estabelecimento desse conjunto e as mudanças introduzidas com o Pacto pela Saúde. Realiza-se um estudo bibliográfico, documental e descritivo. A regionalização da saúde teve impulso a partir da década de 1990 e orientou a descentralização como um processo contínuo de compartilhamento de atividades mútuas, por meio da participação de todas as instâncias de governo, da sociedade civil organizada e do cidadão. O Pacto pela Saúde reforçou essa estratégia, promovendo a descentralização das ações e dos serviços de saúde, por meio de um processo de regionalização baseada na qualidade e com custos adequados, contribuindo para o aprimoramento da gestão do SUS e para a definição dos limites das funções dos gestores estadual e municipal. Conclui-se que a implantação e a consolidação desse órgão no âmbito mato-grossense também foram influenciadas pela política de descentralização e regionalização, a partir de 1995, e pela incorporação de novos modelos assistenciais e de gestão, quando o Complexo Regulador passou a ser um importante instrumento ordenador do fluxo do usuário no sistema de serviços de saúde e mediador da relação de oferta e demanda. Sugerem-se novos estudos com potencial para analisar o impacto da regulação da atenção à saúde na melhoria da qualidade do acesso ao usuário dos serviços médico-hospitalares oferecidos e que permitam identificar as mudanças ocorridas a partir do Pacto pela Saúde.

Palavras-chave: Política de regulação. Central de Regulação. Regionalização da saúde.

48 Bacharel em Direito, técnica do COSEMS/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

49 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do NDS/ISC/UFMT, orientadora.

REGULAÇÃO DO ACESSO NA REGIONAL SUL DE MATO GROSSO: UM MODELO COOPERATIVO INTERGESTORES

Giovana Paula de Oliveira[50]
Maria José Vieira da Silva[51]
Júlio Strubing Müller Neto[52]

Os complexos reguladores são parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e compõem-se de um conjunto de ações de regulação, articuladas e integradas entre si, destinado a adequar a oferta de serviços de saúde às reais necessidades dos usuários. A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) vem desenvolvendo, desde 1998, várias iniciativas com o propósito de implantar a Central de Regulação Estadual e a Central Regional. O objetivo neste trabalho é descrever e analisar o funcionamento da Central de Regulação da Região do Sul de Mato Grosso. Para tanto, procede-se a um levantamento bibliográfico e documental e à análise descritiva dos dados coletados. Verifica-se que a Central Regional conta com uma estrutura física adequada às atividades desenvolvidas e funciona em regime de cogestão, a exemplo da Central Estadual, entre a SES/MT e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rondonópolis; no entanto, carece de um sistema informatizado para o gerenciamento e a operação dos serviços, implicando na fragilização do processo regulatório. Apesar da melhoria na oferta de serviços prestados na regional Sul, principalmente após a implantação do Hospital Regional de Rondonópolis e do Consórcio Intermunicipal de Saúde, a localidade ainda apresenta deficiência em relação a procedimentos de média e alta complexidade, sobretudo na área de cardiologia. A Central de Regulação dessa região é um instrumento de gestão novo, e sua instituição, a despeito das várias limitações e dificuldades existentes, causou um inegável e considerável avanço no SUS regional, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Central de Regulação. Regionalização da saúde. Sul de Mato Grosso.

50 Enfermeira, vinculada à SMS Rondonópolis/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

51 Especialista em Saúde Pública, pesquisadora associada do NDS/ISC/UFMT, orientadora.

52 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COMODORO: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO EMPREGADA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

Magda Lisboa[53]
Lydia Maria Bocayuva Tavares[54]
Júlio Strubing Müller Neto[55]

Neste estudo, busca-se uma compreensão mais ampla da realidade dos três níveis de atenção no processo de construção de estratégias em prol da melhoria dos serviços de saúde segundo preconizam as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, constata-se que o Sistema de Referência e Contrarreferência do SUS em muito pode auxiliar na prática da política pública de saúde, uma vez que pressupõe o diálogo e a cooperação entre as diversas unidades de saúde e respectivos níveis de atenção, convergindo para o alcance de objetivos comuns e conferindo ao órgão uma estrutura na qual as partes integrantes estejam fortemente articuladas entre si. Some-se a isso a mobilização de esforços para o estabelecimento de uma relação orientada para a consolidação do atendimento ao usuário fora e dentro do território de origem, assegurando-lhe a atenção integral. Para a análise dos dados, fundamenta-se em pesquisa bibliográfica e documental, esta realizada junto à Secretaria de Saúde de Comodoro, bem como no conhecimento adquirido no II Curso de Especialização e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde, cujas aulas presenciais ocorreram no período compreendido de agosto 2005 a julho de 2006. Este trabalho investigativo consta de quatro capítulos. Inicialmente, aborda-se o sentido epistemológico de referência, assim como as exigências da contemporaneidade que desencadeiam o seu ressurgimento como artifício resultante do processo da hierarquização. Em seguida, discute-se a concretização do Sistema de Referência, através das bases legais de abrangência nacional e estadual, e as estratégias racionais adotadas no interior dos serviços de saúde. Além disso, descrevem-se os objetivos, as metodologias, os mecanismos de acesso comparados ao fluxo de serviços disponibilizados no Sistema de Referência e Contrarreferência do município de Comodoro, o Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Guaporé e os municípios que compõem a microrregião Oeste.

Palavras-chave: Sistema de Referência e Contrarreferência. Intercâmbio/cooperação. Usuário/insegurança. Ferramenta de gestão.

53 Assistente social, vinculadaà SMS de Comodoro/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

54 Médica, mestre em Saúde e Ambiente, vinculada ao Ministério da Saúde, orientadora.

55 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

A POLÍTICA NACIONAL E A REDE DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT

Elena Cristina Alves[56]
Maria da Conceição de Souza[57]

O número de pacientes diagnosticados como portadores de doença renal crônica (DRC) está aumentando no Brasil. O problema no estado de Mato Grosso (MT) e na capital, Cuiabá, pode ser identificado quando se observa o aumento de máquinas de hemodiálise nas clínicas contratadas pelo município e o surgimento de novas clínicas de hemodiálise implantadas pelo território mato-grossense. Neste trabalho investigativo busca-se descrever a rede de atenção à pessoa acometida por essa doença e as medidas de prevenção, tratamento e controle da enfermidade implementadas, bem como propor ações voltadas para a melhoria da realidade vigente. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo documental, no qual se utiliza como referencial para a análise dos dados a legislação definida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nota-se que o município conta com uma rede assistencial própria de 65 centros de saúde/unidade básica de saúde, quinze clínicas especializadas/ambulatórios especializados, um hospital geral, cinco policlínicas, três postos de saúde, uma unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, uma unidade de vigilância em saúde e uma unidade móvel terrestre, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com base nos planos municipais de saúde traçados para os anos de 2000 e 2006, verifica-se que houve uma variação na taxa de prevalência dos pacientes em diálise em Cuiabá, a qual diminuiu de 74,69% para cada cem mil habitantes naquele primeiro ano para 57,11% neste último. A deficiência de atendimento em todos os níveis de atenção, conforme aponta a política nacional da atenção ao portador de doença renal, assegura ao paciente, quando muito, a entrada pela porta de urgência e emergência ao Sistema de Saúde, indicando uma falha na organização da assistência, que agrava o quadro de morbi-mortalidade.

Palavras-chave: Política nacional da atenção ao portador de doença renal. Rede assistencial. Legislação renal.

56 Enfermeira, vinculada à SMS de Cuiabá/MT,egressa da Turma III do CGSSS.

57 Nutricionista, mestre em Saúde Pública, técnica do Ministério da Saúde, orientadora.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES NO CONTEXTO DO HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ

Mercedes Sant'ana da Silva[58]
Márcia Rutilli Kongeski da Fonseca[59]

O artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, determina que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário da população aos serviços disponibilizados. A partir disso, a Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como uma estratégia favorável para promover a participação e o controle social quanto ao acesso da população à saúde pública, em atividades, em princípio, de responsabilidade do âmbito municipal, estadual e nacional. Diante desse contexto, este estudo centra-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do SUS de Cuiabá, estendendo-se para a realidade do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), referência no atendimento de urgência e emergência em todo o estado de Mato Grosso, inclusive aos pacientes de outras unidades federativas. O objetivo geral na pesquisa é analisar a gestão do setor de UTI adulta no contexto do Sistema Único de Saúde, conforme orientam as suas diretrizes e a Legislação Brasileira, em Cuiabá, destacando o serviço hospitalar na UTI do HPSMC em 2008. Os objetivos específicos incluem: 1) verificar a origem dos internados nesse setor no período de 2005 a 2008; 2) identificar o perfil epidemiológico que conduziu os pacientes a essa unidade (inclusive nos hospitais conveniados) e diretamente ao HPSMC em 2008; e apreender as dificuldades encontradas na manutenção do atendimento a pacientes que necessitam dessa internação. Utiliza-sea metodologia descritiva e procede-se à análise de dados oriundos de fontes secundárias, constante dos documentos levantados junto à Prefeitura Municipal de Cuiabá, à Secretaria Municipal de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério de Saúde, além dos sistemas de informações da gestão municipal, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Controle e Avaliação, tais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informação de Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO) e relatórios de gestão. O estudo demonstra que, com a manutenção dos hospitais com UTI conveniados/contratados pelo SUS,

58 Bacharel em Ciências Econômicas, vinculada à SMS de Cuiabá/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

59 Farmacêutica, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

houve avanços no município em termos dos cuidados prestados a pacientes provenientes de atendimentos de urgência e emergência, porém ocorreram dificuldades no cumprimento da Legislação Brasileira e das Diretrizes do SUS, pois em alguns casos pacientes tiveram que contar com a ação liminar na justiça para conseguir a liberação de leitos.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva no SUS. Recuperação de pacientes. Atendimentos de urgência e emergência.

DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPO VERDE, MATO GROSSO

Dirce Sayuri Otake Guollo[60]
Marta Gislene Pignatti[61]

No Brasil, Atenção Básica à Saúde foi reorganizada a partir do processo recente de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e das formas de financiamento adotadas pelo órgão, tendo sido a responsabilidade pelas ações básicas transferida aos municípios. O foco na família foi uma estratégia adotada para a organização dos serviços disponibilizados, processo que, apesar de todas as dificuldades e obstáculos enfrentados, tem implicado o fortalecimento da capacidade de gestão municipal referente à organização da Atenção Básica. Nesta pesquisa objetiva-se identificar o modelo de organização do SUS no município de Campo Verde e a satisfação dos usuários quanto a isso, buscando-se equacionar os atendimentos ambulatoriais e hospitalares na rede pública, os principais agravos e as distorções que resultam na grande demanda relativamente a esse aspecto. Realiza-se o levantamento de informações no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), concernente ao ano de 2005, para todas as unidades de saúde, identificando-se as condições socioeconômicas da população adstrita, os níveis de atenção, os agravos da saúde e os entraves e as inadequações no âmbito do gerenciamento do setor. Investiga-se uma amostra de cinquenta usuários por meio de entrevistas individuais, aplicadas em salas de espera de diversas unidades, tendo-se em vista conhecer

60 Enfermeira, vinculada à SMS de Campo Verde/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

61 Doutora em Saúde Coletiva, docente do ISC/UFMT, orientadora.

o nível de satisfação dos usuários nos atendimentos básicos oferecidos e sua percepção acerca da participação popular nas resoluções e decisões envolvendo a saúde no município. Observa-se que, quanto ao processo de descentralização vivido pelo município de Campo Verde, vários avanços aconteceram, mas muitas ações e serviços ainda deverão ser concretizados mediante a conquista de maior autonomia pelo gestor no gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde. Percebe-se, também, que o sistema, apesar de caminhar em direção à oferta de melhores ações na Atenção Básica, tem demonstrado deficiências no que se refere ao número e qualificação de recursos humanos e de infraestrutura de algumas unidades. A baixa resolutividade dos Programas de Saúde da Família (PSF) e a facilidade no atendimento hospitalar noturno, aliadas a crenças populares, engendram a grande demanda hospitalar. Há necessidade de um mecanismo de gestão que leve em conta a participação dos usuários e o compromisso dos profissionais gestores na contínua monitoração, análise e avaliação das expectativas assistenciais, as características médico-culturais da população e os vínculos pré-estabelecidos dos usuários com as unidades.

Palavras-chave: Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Resolutividade.

CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ARENÁPOLIS, MATO GROSSO

Jacyra de Oliveira Marques[62]
Maria Salete Ribeiro[63]

Com a caracterização da Atenção Básica à saúde no município de Arenápolis, busca-se sistematizar informações sobre as condições socioeconômicas e demográficas da população local, bem como descrever e analisar a organização dos serviços disponibilizados. Para o desenvolvimento do estudo, tem-se por base fontes de dados secundárias, dentre as quais se destacam o Plano de Saúde, o Relatório de Gestão, o Lotacionograma, o Orçamento, o Sistema de Informação da Atenção Básica e relatórios de atividades das equipes integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A análise mostra a escassez de recursos humanos qualificados e a

62 Bióloga, vinculada à SMS de Nortelândia/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

63 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/UFMT, orientadora.

precariedade dos vínculos de trabalho principalmente dos profissionais das referidas equipes entre si, haja vista a rotatividade de seus membros e a descontinuidade das ações. A estrutura física precária de duas unidades da ESF, entre as três existentes, constitui-se em um dos principais entraves à execução das atividades que assegurariam uma atenção qualificada e o acesso à saúde, considerando-se que a cobertura dessa Estratégia é de 92,5% da população.

Palavras-chave: Política de Saúde. Saúde da Família.

IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER, MATO GROSSO

Enilza de Silva Carvalho[64]
Fátima A. Ticianel Schrader[65]
Júlio Strubing Müller Neto[66]

O Ministério da Saúde adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente e de reorganização dos serviços e Atenção Básica prestados à saúde. Em Mato Grosso, a contribuição para a implantação e expansão do PSF deu-se através de incentivos financeiros e do estabelecimento de cooperação técnica entre o Estado e os municípios, dos quais Santo Antonio do Leverger, que adotou o Programa a partir do ano de 2001 e cuja população contemplada com essa iniciativa já estimava, em 2005, em 80% do total de habitantes. Neste trabalho busca-se analisar a implantação e a expansão do PSF nessa localidade, com foco na infraestrutura, nos insumos e no processo de trabalho das equipes, incluindo as ações e os cuidados de saúde. Utiliza-se como instrumento de investigação a abordagem descritiva, bibliográfica e documental, neste último caso as normativas referentes à proposta inicial do programa. Verifica-se que o município avançou na condução do processo político, técnico e financeiro de implantação e expansão do Programa de Saúde da Família, apesar das dificuldades inerentes a sua dinâmica. Observa-se que o modelo adotado de fato tem contribuí-

64 Contadora, vinculada à SMS de Santo Antonio do Leverger/MT, egressa da Turma I do CGSSS.
65 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do NDS/ISC/UFMT, orientadora.
66 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

do para a reorganização da saúde e a melhoria do acesso da população aos serviços. As dificuldades existentes estão relacionadas, em parte, à estrutura, à precarização dos contratos de trabalho e, fundamentalmente, à prática e ao processo de trabalho das equipes, o que requer maior investimento pelos três níveis de governo em formação e educação permanente.

Palavras-chave: Descentralização. Norma Operacional. Atenção Primária. Implantação. Avaliação Normativa.

SAÚDE DA FAMÍLIA NA AMAZÔNIA: IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM COTRIGUAÇU

Tânia Cristina Cardoso Eufrásio[67]
Fátima A. Ticianel Schrader[68]
Júlio Strubing Müller Neto[69]

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, intensificou-se o processo de descentralização dos serviços de saúde em cada esfera do governo, bem como a participação popular, priorizando o atendimento integral do usuário e a construção de novos modelos assistenciais. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde priorizou a implantação e a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção vigente e de organização dos serviços. Em Mato Grosso, os municípios, dentre os quais o de Cotriguaçu, receberam incentivos do governo federal e estadual para aderir à iniciativa. Nesta pesquisa, pretende-se descrever o sistema de saúde municipal e analisar a implantação e o funcionamento da primeira Unidade de Saúde da Família em Cotriguaçu, localizado na porção noroeste do Estado, região amazônica do País. Para o desenvolvimento deste estudo, utilizam-se as pesquisas descritiva, bibliográfica e de campo, esta última através de visitas à referida unidade; de entrevista com os profissionais, instrumento esse elaborado com base na implantação da equipe, na infraestrutura da unidade, no perfil da equipe, no processo do trabalho, nos serviços e ações desenvolvidas com a comunidade e no Sistema de Referência e

67 Assistente social, vinculada à SMS de Cotriguaçu/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

68 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do NDS/ISC/UFMT, orientadora.

69 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

Contrarreferência. Ademais, procede-se à confecção de um questionário. Observa-se que, apesar da dificuldade encontrada na oferta dos serviços de Atenção Básica, haja vista o local destinado para esse fim ser de difícil acesso aos meios de comunicação e a outras regiões, além da grande rotatividade de profissionais, a equipe analisada promoveu avanços na forma de organização dos serviços e no processo de trabalho, antes focado na atenção individual e no atendimento da doença, com destaque para a incorporação de ações coletivas e educativas na prática da unidade.

Palavras-chave: Descentralização da saúde. Atenção Primária à Saúde. Programa de Saúde da Família.

CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINO, MATO GROSSO

Cristhiane Cândido Duarte[70]
Maria Angélica dos Santos Spinelli[71]

Neste trabalho, busca-se caracterizar a organização da Atenção Primária no município de Diamantino, Mato Grosso. Em termos metodológicos, utiliza-se a pesquisa quantitativa, sendo a análise dos dados coletados embasada pelos estudos bibliográficos desenvolvidos por teóricos reconhecidos no trato do assunto. No Brasil, a formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) decorreram de um expressivo movimento pela Reforma Sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país, na década de 1980. A saúde foi incluída na Constituição Federal de 1988 como um componente da seguridade social. Os serviços e ações de atribuição do setor passaram a ser considerados de relevância pública,sendo seu referencial político expresso no Artigo 196 do mencionado documento. Como um princípio básico garantido na legislação brasileira, a saúde tornou-se um direito fundamental do cidadão, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios garanti-lo através de políticas sociais e econômicas. Nesse sentido, ressalta-se que o Ministério da Saúde vem estabelecendo atos normativos e administrativos - as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) - que atuam como instrumentos de regulamentação do sistema, ou seja, na implementação e operacionalização da política

70 Enfermeira, vinculada à SMS de Diamantino/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

71 Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva, docente do ISC/UFMT, orientadora.

de saúde, particularmente quanto ao seu eixo e descentralização/municipalização. Nesse contexto, os Estados e os municípios passaram a receber os recursos por prestação de serviços, segundo as tabelas nacionais definidas para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados (BRASIL, 2003b, p. 19). A Atenção Primária é talvez o mais importante componente dos sistemas de saúde. Evidências internacionais destacam a relevância de uma orientação dos sistemas nacionais de saúde nessa mesma direção. Nesses termos, é de suma importância e de grande urgência o investimento nos serviços de Atenção Primária, a fim de se tornarem resolutivos e atuarem como peça chave no processo de reorganização das redes e sistemas de saúde. Esses serviços devem estar muito bem preparados para a resolução de todos os problemas de saúde comuns, isto é, que se apresentam com alta frequência em determinado território. Com esse intuito, em 1996, deu-se início ao Programa de Saúde da Família (PSF) em Diamantino, contando com uma equipe de profissionais incluída entre as cinco pioneiras do estado de Mato Grosso. No entanto, a iniciativa manteve-se estagnada por cinco anos, só assumindo o sentido de reorganização da rede de serviços a partir do ano de 2001. Pode-se afirmar que o processo de municipalização local efetivou-se no período de 2001 a 2006. Houve uma rápida expansão da rede de assistência à saúde sob a gestão municipal, o que resultou nas modificações estruturais do desenho institucional do SUS local. A busca incessante por uma saúde de qualidade e humanizada não deve ser pensada sem passar pela Atenção Primária, base na qual, na maioria das vezes, acontecem as ações de saúde, que, a propósito, devem contribuir para se garantir à população um nível de saúde por excelência.

Palavras-chave: Atenção Primária. Descentralização. Humanização.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM VÁRZEA GRANDE, MATO GROSSO

Ely Graci Nazário Barden[72]
Rose Maria Peralta Guilherme Fava[73]
Elisete Duarte[74]

Nesta pesquisa, pretende-se examinar a organização da Atenção Básica da saúde em Várzea Grande, Mato Grosso, considerando-se as dimensões política, estrutural, organizacional e de recursos humanos desse sistema. Para tanto, adota-se a abordagem descritiva e documental de investigação, levantando-se junto à Secretaria Municipal de Saúde os dados referentes a estas fontes secundárias: organograma, Plano de Trabalho Anual 2005, relatório de gestão, documentos da Diretoria de Recursos Humanos e dos setores das áreas técnicas. Em 2005, a rede de Atenção Básica do município contava com seis centros de saúde, catorze equipes do Programa Saúde da Família (PSF), quatro policlínicas e o pronto-socorro Municipal, cujo atendimento alinha-se a procedimentos básicos nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. A livre demanda predominava e os mecanismos formais de referência e contrarreferência praticamente não existiam. Observa-se que nas regiões com PSF, 97,67% das gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foram acompanhadas, das quais 92,49% frequentaram as consultas de pré-natal. A cobertura vacinal em menores de um ano atingiu 93,6%. Também se destaca o monitoramento dos seguintes grupos: 95,1% dos hipertensos, 96% dos diabéticos, 100% dos portadores de tuberculose e os hansenianos. Este estudo aponta algumas proposições voltadas para a melhoria da qualidade da Atenção Básica ofertada aos usuários de Várzea Grande, como: institucionalizar o planejamento e a avaliação da gestão municipal, criar mecanismos para promover a integração entre o PSF e os demais níveis de atenção; fortalecer o controle social; incentivar e desenvolver projetos intersetoriais com ênfase na promoção da saúde; investir na melhoria da infraestrutura dos serviços; elaborar a Política de Gestão de Pessoas, contemplando o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do setor saúde e a qualificação profissional embasada na Educação Permanente.

Palavras-chave: Atenção Básica. Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

72 Odontóloga, vinculada à SMS de Várzea Grande/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

73 Odontóloga, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

74 Enfermeira, doutora em Ciências, docente do ISC/UFMT, coorientadora.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL EM JURUENA, MATO GROSSO: ESTUDO DE CASO NA AMAZÔNIA LEGAL

Maria Pinheiro Fernandes[75]
Fátima A.Ticianel Schrader[76]
Júlio Strubing Müller Neto[77]

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, vem se consolidando como estratégia de mudança e organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) e de melhoria das condições de vida da comunidade. O estado de Mato Grosso iniciou a implantação do PSF em 1996, como parte da diretriz de descentralização e municipalização da saúde e de aperfeiçoamento dos serviços. A expansão do programa teve impulso a partir de 1999, com a definição de incentivos financeiros e a cooperação do Estado com os municípios, de sorte que, em 2006, a cobertura do PSF no território mato-grossense era de 60,22%. O município da Juruena, que adotou o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1996, só veio a constituir a primeira equipe do PSF em 1999, tendo, em 2005, criado a Unidade de Saúde da Família Neide Ubiali, que atende a população rural, com isso consolidando três equipes e atingindo a cobertura de 100% da população. Este trabalho busca caracterizar a organização do SUS no referido município e algumas particularidades da Unidade de Saúde da Família Neide Ubiali quanto à infraestrutura e ao processo de trabalho dos profissionais envolvidos. Utiliza-se de instrumental da pesquisa descritiva, revisão bibliográfica e análise documental. Observam-se algumas peculiaridades do PSF rural, em particular: a dispersão da população coberta; a dificuldade de acesso dos grupos populacionais em razão da grande distância entre o local de moradia e a unidade de atendimento; a falta de infraestrutura básica, como transporte para o deslocamento da equipe até as comunidades; e a necessidade de se repensar estratégias diferenciadas para suprir as demandas e necessidades dessa população, principalmente na área de prevenção, promoção e educação em saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde.Juruena. Atenção Básica. Programa de Saúde da Família Rural. Amazônia Legal.

75 Enfermeira, vinculada à SMS de Juruena/MT,egressa da Turma II do CGSSS.

76 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora associada do NDS/ISC/UFMT, orientadora.

77 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL: DESAFIOS PARA A GESTÃO DO ACESSO EM ÁREAS COM BAIXA DENSIDADE DEMOGRÁFICA

Andréia Carla Ferreira Estelai[78]
Maria Salete Ribeiro[79]

O estado de Mato Grosso iniciou o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1996, como parte de um programa de governo que objetivava a descentralização e municipalização da saúde para garantir a melhoria do acesso da população aos serviços disponibilizados por esse setor. Porém, essa iniciativa só ganhou impulso em 1999, quando a Secretaria de Estado da Saúde (SES) propiciou incentivos financeiros e estabeleceu o regime de cooperação técnica para a constituição das equipes de trabalho. Vale destacar que o Estado apresenta baixa densidade demográfica e que sua zona rural possui inúmeras particularidades. Em Terra Nova do Norte, local de desenvolvimento deste estudo, a maior concentração de pessoas ainda fica no campo, perfazendo 60% da população do município. Logo, com vistas a proporcionar o acesso dos moradores à saúde, implantou-se na localidade a Estratégia Saúde da Família (ESF) Rural, com caráter itinerante, levando a Atenção Primária para mais próximo da comunidade. A pesquisa baseia-se em fontes de dados secundários e realiza uma análise comparativa entre a ESF urbana e a rural, mostrando que as diferenças entre ambas não são consideradas pela Política Nacional de Atenção Básica, que normatiza essas realidades tão diversas sob as mesmas diretrizes e regras de funcionamento e financiamento, fragilizando o princípio da equidade. Os principais dados indicam que a ESF rural tem um custo 45% superior ao da ESF urbana; enquanto no primeiro caso a equipe de profissionais é formada por 25 componentes, no segundo é de doze integrantes. Outra diferença é a extensão territorial de cobertura desses grupos de agentes: as duas equipes da área rural fazem a cobertura em um espaço de 2.299,64 km², cuja densidade demográfica é de 3,9 hab/km², percorrendo cerca de 650 km semanalmente; as duas equipes da área urbana cobrem um espaço de 2,74 km², sendo sua densidade demográfica correspondente a 2.199 hab/km².

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família Rural. Atenção Básica.

78 Enfermeira, vinculada à SMS de Terra Nova do Norte/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

79 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/UFMT, orientadora.

A EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DA SAÚDE DA CRIANÇA COM A AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM RONDONÓPOLIS, MATO GROSSO

Vânia Scapini Contri[80]
Noemi Dreyer Galvão[81]

A qualidade da saúde constituiu uma preocupação em todas as escalas administrativas do setor de Saúde Pública. Sendo assim, no Brasil, em 1994, constituiu-se o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de se reorganizar a Atenção Básica. No estado de Mato Grosso, em 1997, foram implantadas as primeiras equipes do PSF atuantes em Rondonópolis. O Programa tem como meta a substituição ou a inversão do modelo tradicional da assistência à saúde para um modelo preventivo, caracterizado pela ampliação do atendimento à saúde, ou seja, a otimização da saúde da população a partir do conhecimento das causas das enfermidades, com a redução das diferenças existentes entre os grupos populacionais. Trata-se de estudo documental e descritivo, tendo-se coletado os dados na Secretaria Municipal da Saúde do referido município e no DATASUS, o banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a análise dos dados, processados no *Microsoft* Excel, efetua-se um recorte temporal compreendido entre os anos de 2000 e 2005, com foco em oito indicadores: a população coberta pelo PSF; a proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal; a proporçãode nascidos vivos com baixo peso; a cobertura vacinal ou tetravalente; a internação por infecção respiratória em menores de cinco anos; a taxa de internação por doença diarreica aguda; o coeficiente de mortalidade infantil; e o índice de mortalidade neonatal. Verifica-se que, no período enfocado, a proporção baixo peso e mortalidade infantil sofreu uma redução e as consultas de pré-natal tiveram um incremento considerado favorável. Conclui-se que o Programa Saúde da Família trouxe bons resultados para a saúde pública em Rondonópolis, no entanto muitos são os ajustes a serem realizados no nível da Atenção Básica para a melhoria contínua da saúde dos grupos mais carentes.

Palavras-chave: Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Saúde Pública. Rondonópolis. Ampliação da saúde.

80 Enfermeira, vinculada à SMS de Rondonópolis/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

81 Farmacêutica bioquímica, doutora em Ciências, docente do ISC/UFMT, orientadora.

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO

Joacir Maria Ferreira do Nascimento[82]
Elisete Duarte[83]

Nesta pesquisa, apresenta-se um breve histórico sobre o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), focalizando-se o processo de sua implantação no Brasil e as formas de inserção desse profissional, em particular, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso. Identificam-se os elementos que caracterizam a precarização das relações trabalhistas aí estabelecidas e analisa-se o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as formas de contratação às quais são submetidos. Trata-se de um estudo descritivo, observacional e exploratório, desenvolvido a partir da participação da pesquisadora em reuniões e do seu acompanhamento de ações da coordenação do PACS, do Programa de Saúde da Família (PSF) e de atividades das enfermeiras coordenadoras locais do PACS nas diferentes microrregiões de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS). Procede-se, ainda, a uma revisão da literatura e ao exame minucioso de documentos relativos ao PACS e ao PSF, seja esse material de abrangência nacional seja de alcance regional, no caso produzido pela própria SMS. Nota-se que o modelo de contratação dos ACS adotado por esse órgão é caracterizado como sendo de prestação de serviços, visando assegurar o desempenho das ações desenvolvidas e garantindo alguns dos direitos trabalhistas a esses servidores. Essa forma de contratação, associada a outros elementos que configuram a precarização do trabalho do ACS no município, pode estar interferindo e influenciando os processos de trabalho. É possível observar, ademais, que os enfermeiros responsáveis pela coordenação do trabalho dos ACS envolvem-se com outras atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, em decorrência do que acabam não se dedicando exclusivamente às atribuições de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos Agentes Comunitários, obstaculizando a gestão do seu trabalho junto a estes profissionais.

Palavras-chave: Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Programa Agente Comunitário de Saúde. Programa Saúde da Família. Sistema Único de Saúde Cuiabá.

82 Administradora de empresas, técnica do COSEMS/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

83 Enfermeira, doutora em Ciências, docente do ISC/UFMT, orientadora.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sônia Dias da Luz[84]
Neuza Cristina Gomes da Costa[85]

Neste artigo, realiza-se uma revisão da literatura nacional referente às atribuições e à atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Equipe de Saúde da Família (ESF), no período de 1995 a 2009, a fim de se configurar uma compreensão mais ampla do desempenho desse profissional e apresentar e caracterizar a produção de conhecimentos sobre o tema, evidenciando as lacunas e os apontamentos dos autores para novas pesquisas. As atividades desenvolvidas pelo ACS não são recentes e, atualmente, constitui-se num dos pilares da ESF, funcionando como "elo" entre demais membros da equipe de saúde e a comunidade. Em termos metodológicos, recorre-se à pesquisa bibliográfica, contando-se com dezesseis publicações que atendem aos critérios estabelecidos. Pela análise dessas obras, verifica-se que estudos sobre o ACS ainda são poucos no meio acadêmico, embora se perceba um aumento do número de produções a partir de 2006, a maioria delas de autoria de enfermeiros mestres e doutores atuantes na área da saúde nos estados de São Paulo e Mato Grosso. Por ser o Agente Comunitário de Saúde um membro fundamental da ESF, trabalhos que busquem a compreensão da identidade desse profissional, abrangendo as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano de seu trabalho, devem ser enfatizados, pois poderão subsidiar tomadas de decisões pela própria equipe relativamente à gestão local e à formulação de políticas.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Programa de Saúde da Família. Atenção Básica da Saúde.

84 **Historiadora, vinculada à SES/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.**

85 Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, docente da União de Ensino Superior de Diamantino/MT, orientadora.

CARACTERIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VERA, MATO GROSSO, A PARTIR DA NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1996

Alcione Maria Nissola Selhorst[86]
Ricardo Luis Chagas[87]

Neste trabalho, caracteriza-se a Vigilância em Saúde no município de Vera, Mato Grosso, com base na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96). Relatam-se as atividades desenvolvidas nesse setor durante o ano de 1998, com foco na forma como tais ações são conduzidas cotidianamente pelos profissionais da área. Demonstra-se como o Sistema Único de Saúde (SUS), através da referida Norma, dita o ritmo de trabalho no município, em face da descentralização dos serviços de saúde, mas também a persistência de influências do modelo tradicional de organização desses serviços. A esse respeito, ressalta-se que, nesse modelo, a Vigilância em Saúde se apresenta dividida em áreas específicas, para as quais, através das Programações Pactuadas Integradas (PPI), se destinam repasses financeiros diferenciados e traçam-se metas distintas. Explicitam-se algumas vertentes de padrões assistenciais fundamentados em visões divergentes quanto ao desempenho da Vigilância em Saúde, como no caso dos modelos vigentes no SUS, mediante os quais se vêm propondo mudanças, que, porém, se mostram insuficientes para alterar por inteiro as normas vigentes. Nesse contexto, destaca-se o modelo defendido por Carmem Teixeira como uma alternativa para a inovação da forma de pensar e agir no âmbito da saúde, além de propor a incorporação de novos sujeitos para a efetivação das práticas estabelecidas. Nesses termos, promove o envolvimento da população organizada, o que corresponde à ampliação da abrangência dos serviços disponibilizados; e valoriza as determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, levando em consideração os aspectos sociais que afetam as condições de vida dos distintos grupos populacionais. Sendo assim, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de planejamento e de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e a atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. Aponta-se o propósito atual do SUS, através do projeto "Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão", que se encontra em discussão nos fóruns regionais de saúde e, entre outras propostas, introduz mudanças na

86 Graduada em Letras, vinculada à SMS de Vera/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

87 Engenheiro sanitarista, mestre em Saúde Coletiva, técnico da FUNASA/MS, orientador.

Vigilância em Saúde, destacando a flexibilização na pactuação no sentido de que se respeitem as diferenças locais. Nesta pesquisa, sugere-se, ainda, a alteração das ações do setor no município, baseada em estudos de documentos existentes na própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os quais se associam à atuação da vigilância, e nas teorias de alguns autores que tratam do assunto.

Palavras-chave: Municipalização. Descentralização. Vigilância em Saúde. Integralidade. Modelo Assistencial.

A GESTÃO E A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA A PARTIR DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MIRASSOL D'OESTE, MATO GROSSO

Maria Luiza Fernandes[88]
Lydia Maria Bocayuva Tavares[89]
Júlio Strubing Müller Neto[90]

Este texto é resultado de uma pesquisa descritiva sobre o processo de Gestão e Organização da Vigilância Epidemiológica, implementado a partir da municipalização da saúde no município de Mirassol D'Oeste, Mato Grosso. Busca-se conhecer e avaliar a dinâmica de desenvolvimento das práticas que envolvem esse setor, com base na descentralização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Em termos metodológicos, procede-se ao levantamento bibliográfico do assunto em livros, jornais, revistas e *sites* especializados, bem como à pesquisa detalhada nos relatórios e planos de gestão disponíveis nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Mirassol D'Oeste. Mediante as informações contidas nesses materiais, caracteriza-se a implantação da Vigilância Epidemiológica na localidade, tendo-se como princípios norteadores leis e diretrizes federais que definem o fluxo das informações e os procedimentos para a execução das ações estabelecidas conforme a competência dos municípios.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica. Descentralização. Municipalização da Vigilância Epidemiológica.

88 Enfermeira, vinculada à SMS de Mirassol D'Oeste,egressa da Turma I do CGSSS.

89 Médica do Ministério da Saúde, mestre em Saúde e Ambiente,orientadora.

90 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM POCONÉ, MATO GROSSO, 2004-2007

Girceley Maria de Oliveira Strochinski[91]
Ricardo Luiz Chagas[92]

Neste estudo, analisam-se a organização e o funcionamento da Vigilância Sanitária no município de Poconé, Mato Grosso, no período de 2004 a 2007, em decorrência do processo de descentralização da saúde, apontando os avanços e as limitações dessa iniciativa no cenário local. Trata-se de uma pesquisa descritiva, fundamentada em informações contidas em documentos referentes à Vigilância Sanitária na localidade em foco. Os resultados apontam que houve ampliação das ações executadas pelo setor, além de outros avanços importantes nesse campo essencial de controle dos riscos à saúde da população tais como: cadastramento de estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária, capacitação de recursos humanos, articulações intersetoriais, sala própria, informatização. Também são explicitadas estas restrições: interferências políticas, rotatividade de técnicos, inexistência de veículo próprio para transportar os técnicos durante as inspeções sanitárias, falta de vínculo empregatício, ausência de liberação do Alvará Sanitário, valores de taxas de multas e não cumprimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esse processo necessita da mobilização de sujeitos sociais, para que seja inscrito na agenda de prioridades, em prol da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Organização dos serviços de saúde. Descentralização da saúde.

91 Nutricionista, vinculada à SMS de Poconé/MT,egressa da Turma III do CGSSS.

92 Engenheiro sanitarista, mestre em Saúde Coletiva, técnico daFUNASA/MS, orientador.

ANÁLISE DAS AÇÕES DE COMBATE À DENGUE E O QUADRO ATUAL DA DOENÇA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINO, MATO GROSSO

Márcio Roberto Queiroz Gonçalves[93]
Ricardo Luiz Chagas[94]

Nesta pesquisa, apresentam-se as etapas do planejamento de estratégias, ações e metas adotadas pelo município de Diamantino no combate à dengue. A importância desse planejamento reside no fato de que esse combate deve se dar através de ações multidisciplinares, mobilizando toda a sociedade e convergindo para a prevenção de doenças e, consequentemente, a promoção da saúde. Uma das ferramentas importantes para garantir a eficiência dos serviços executados com esse fim é a notificação de agravos compulsórios, que permite a identificação das áreas de maior concentração e risco epidemiológico, sendo esse um dever de todo cidadão e uma obrigação inerente aos profissionais da área de saúde. Uma vez que as pessoas, em geral, têm dificuldade de entender a importância do retorno ao serviço de saúde para o fechamento da notificação, as equipes de Saúde da Família (ESF) vêm trabalhando no âmbito da Educação em Saúde, tecendo esclarecimentos sobre as necessidades dos pacientes notificados e orientando-os para que compareçam à unidade laboratorial a fim de terem coletada uma amostra de sangue. A Vigilância Sanitária, através de seus Fiscais Sanitários e juntamente com a Equipe da Vigilância Ambiental, desenvolve um trabalho de campo mediante o qual orienta e notifica a população acerca das circunstâncias propícias ao estabelecimento e proliferação de criadouros do *aedes aegypti*, transmissor da dengue. Nesse sentido, se os Fiscais da Vigilância Sanitária, no ato da inspeção dos estabelecimentos, encontram possíveis focos desse mosquito, notificam a ocorrência aos moradores e orientam-nos quanto aos cuidados a serem tomados para evitar esse perigo.

Palavras-chave: Combate à dengue. *Aedes aegypti*. Vigilância Sanitária.

93 Engenheiro sanitarista, vinculado à SMS de Diamantino/MT, egresso da Turma III do CGSSS.

94 Engenheiro sanitarista, mestre em Saúde Coletiva, técnico da FUNASA/MS, orientador.

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM ALTA FLORESTA, MATO GROSSO

Vânia Salete Marchese[95]
João Henrique G. Scatena[96]

No *ranking* das principais circunstâncias de óbito de pessoas que integram a população de praticamente todos os países do mundo, a grande parcela de ocorrências corresponde a mortes por causas externas, ocupando sempre a segunda ou terceira colocação na referida listagem. Nesta pesquisa, visa-se descrever esse quadro de mortalidade em Alta Floresta, Mato Grosso, no período de 1979 a 2004, com foco na causa da morte e no perfil do falecido, considerando seu sexo, idade e raça. Calculam-se os coeficientes de mortalidade em geral e de mortalidade por causas externas, bem como o índice de mortalidade proporcional à população estimada com base nos dados censitários de 1991 e 2000, segundo os sistemas de informação de mortalidade do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Os resultados, apresentados em números absolutos, evidenciam que, de um modo geral, os casos de óbito decorrente de causas externas vêm decrescendo (de 1984 a 1988, o coeficiente de mortalidade variou de vinte a trinta registros para cada grupo de 10.000 habitantes, enquanto, nos anos subsequentes, essa estimativa manteve-se próximo de dez ocorrências para essa mesma população). Detecta-se um aumento nos casos de morte por acidentes envolvendo meios de transporte, nos quais o risco a que se expõe a raça branca é 1,36 vezes superior a essa possibilidade para a raça negra. Também se verifica uma redução nos casos de homicídios e acidentes de outras naturezas. Ademais, percebe-se um crescimento significativo do número de suicídios, que praticamente dobrou na última década, fato esse predominante entre pessoas situadas na faixa etária que varia de vinte a 29 anos, além do risco de morte sempre maior para os homens, independentemente do tipo de causa externa e idade. O conhecimento desses aspectos constitui-se em elemento norteador para a implementação de políticas públicas que convirjam para a redução da mortalidade por essas causas.

Palavras-chave: Mortalidade por causas externas. Alta Floresta.

95 Enfermeira, vinculada à SMS de Alta Floresta/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

96 Médico, doutor em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, orientador.

ANÁLISE DOS CASOS DE DIARREIA NO MUNICÍPIO DE BARRA DO BUGRES – MATO GROSSO, EM 2008

Wemerson Paulino da Silva Moura[97]
Ricardo Luiz Chagas[98]

O município de Barra do Bugres, através de suas seis unidades básicas de saúde e do hospital municipal, de referência regional, tem notificado, aproximadamente, dois mil casos de diarréia ao ano. Em 2008, foram 1938 registros, o que vem preocupando os profissionais e gestores do setor, em face do prejuízo causado à saúde da população e ao aumento da demanda pelos serviços de saúde por este agravo. Neste estudo, busca-se analisar essas ocorrências em sua distribuição espacial e temporal na referida localidade e no período delimitado. Para tanto, examinam-se as notificações desses agravos, apontando-as em números absolutos e relativos em relação à população cadastrada em cada equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Analisa-se também a distribuição dos casos ao longo do ano focalizado, tendo a maior incidência se concentrado nos meses de setembro e outubro e na população com idade acima de dez anos, seguida por grupos situados na faixa etária de um a quatro e de cinco a nove anos e, por último, naqueles com idade inferior a um ano.

Palavras-Chave: Diarréia. Vigilância Epidemiológica. Gastroenteropatias.

97 Médico veterinário, vinculado à SMS de Barra do Bugres/MT, egresso da Turma IV do CGSSS.

98 Engenheiro sanitarista, mestre em Saúde Coletiva, técnico da FUNASA/MS, orientador.

FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS COMO MEDIDA DE SAÚDE PÚBLICA

Aluísio Cláudio Vieira dos Anjos[99]
Rose Maria Peralta Guilherme Fava[100]

A cárie dentária é considerada um dos problemas de Saúde Pública. Para enfrentá-lo, profissionais e gestores atuantes na área recorrem principalmente a medidas preventivas de alcance coletivo, dentre as quais se destaca a fluoretação das águas de abastecimento público. Percebe-se que, nas duas últimas décadas, tanto no Brasil quanto nos países desenvolvidos, houve um declínio significativo dos casos de cárie dentária, sendo essa constatação justificada pela fluoretação das águas de abastecimento público, pela expansão de programas preventivos nas escolas e pelo uso abrangente de dentifrícios fluoretados. Nesta pesquisa, busca-se sobretudo levantar os estudos realizados no Brasil sobre a importância desse procedimento na redução do problema, no período de 2002 a 2007, focalizando-se os efeitos do flúor na estrutura dentária dos usuários, o custo-benefício de sua utilização e o monitoramento dos teores de fluoreto nas águas. As informações coletadas encontram-se disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BIREME) e de órgãos públicos, em legislações e em referências clássicas internacionais. Os resultados enfatizam a importância da fluoretação das águas de abastecimento público como medida de saúde pública para diminuir a incidência de cárie dental. Também, recomendam a implantação e manutenção do sistema de vigilância. Ainda, ressaltam ser indispensável a adoção de estratégias por meio das quais se informe a população a respeito dessa medida coletiva, que de modo imprescindível deve constar das agendas dos gestores e fazer parte das reivindicações da comunidade.

Palavras-chave: Fluoretação das águas. Vigilância. Cárie dental.

99 Odontólogo, vinculado à SMS de Jangada/MT, egresso da Turma IV do CGSSS.

100 Odontóloga, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM LUCAS DO RIO VERDE, MATO GROSSO

Fernanda Dotto[101]
Wanderlei Pignati[102]

Neste estudo, busca-se caracterizar a organização da Assistência Farmacêutica no município de Lucas do Rio Verde, Mato Grosso, segundo orientações da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo e que se serve da análise documental para demonstrar como a referida área vem se organizando desde 2004, quando passou a apresentar particularidades em seu perfil e a pautar suas ações em políticas municipais específicas. Na revisão bibliográfica, relata-se a história das políticas de saúde no Brasil, desde a proclamação da República, passando pelo contexto de implementação do SUS, até se chegar aos dias atuais. Nesse percurso, enfatiza-sea presença de políticas desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, a exemplo da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Procede-se ao levantamento dos antecedentes históricos de estabelecimento do setor de saúde municipal, distinguindo-se sua organização a partir de 1999, quando foi implantada a primeira equipe do Programa Saúde da Família (PSF), portanto o marco inicial do processo de reorganização dos serviços. Por essa ocasião, a organização da Assistência Farmacêutica passou a despontar no sistema de saúde local como instrumento norteador de integração com as demais políticas municipais. A caracterização das ações desenvolvidas para essa ordenação, fundamentada na operacionalização do ciclo dessa assistência no município, assegura qualidade, segurança e economia de recursos públicos. As parcerias intersetoriais permitem a construção de uma assistência inicialmente voltada para a organização dos serviços e o disciplinamento dos fluxos, a partir de metas que contemplam o uso efetivamente racional do medicamento, visto como instrumento terapêutico, com suas particularidades e dispensados para sujeitos considerados na sua integralidade.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Organização dos serviços.

101 Farmacêutica, vinculada à SMS de Lucas do Rio Verde/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

102 Médico, doutor em Saúde Pública, docente do ISC/UFMT, orientador.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE NOVA MARILÂNDIA – MATO GROSSO

Rosani Andrade Silva[103]
Márcia Rutilli Konageski da Fonseca[104]

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica vem mudando paulatinamente. Neste trabalho, visa-se contextualizá-la e verificar se suas orientações vêm sendo cumpridas e até que ponto os serviços de saúde vem sendo organizados no sentido de ampliar essa assistência para a população carente, beneficiária prioritária do programa assistencial farmacêutico, especificamente no que se refere ao município de Nova Marilândia- MT. A atual política de atendimento do Ministério da Saúde, com vistas a garantir legalmente o direito de saúde a todos os cidadãos, preconiza que a população deve ter atendimento médico gratuito e de qualidade, bem como assistência farmacêutica.

Palavras-chave: Política da assistência farmacêutica. Serviços de saúde. Nova Marilândia.

103 Farmacêutica, vinculada à SMS de Nova Marilândia/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

104 Farmacêutica, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ALTO ARAGUAIA – MATO GROSSO: PERFIL DA PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Demerval Carvalho de Freitas[105]
Márcia Rutilli Konageski da Fonseca[106]

Neste trabalho, procura-se identificar como se dá a prescrição de antibióticos nas unidades de saúde do município de Alto Araguaia, Mato Grosso, quantificando seu percentual em relação ao de outros tipos de medicamentos. O foco da pesquisa é a análise de 3.023 receitas atendidas pela farmácia da unidade de saúde, no período de abril e maio de 2006, levando-se em consideração: a) o número de medicamentos prescritos, b) os tipos de medicamentos; e c) a utilização de medicamentos que pertencem à Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Na análise dos dados, busca-se mostrar, ainda, uma relação do consumo de antibióticos em Alto Araguaia com o apresentado em outros estudos, bem como identificar indícios de uso não racional desse tipo de medicamento.

Palavras-chave: Utilização de medicamentos em Alto Araguaia. Prescrição de antibióticos. Relação Municipal de Medicamentos.

105 Enfermeiro, vinculado à SMS de Alto Araguaia/MT, egresso da Turma II do CGSSS.

106 Farmacêutica, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

CARACTERIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CUIABÁ, MATO GROSSO, EM 2004

Marlene Leite Moreno Costa[107]
Maria Salete Ribeiro[108]

Este estudo é resultado da análise do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) de Cuiabá, no ano de 2004. Tem-se como principal fonte de dados a pesquisa intitulada *Incorporação das demandas às Políticas de Saúde em Municípios de Mato Grosso*, realizada pelo Grupo de Saúde Popular em parceria com o NDS/ISC-UFMT em 2006, à qual se acrescentam estes documentos: o Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde 2004 e 2005, o Relatório de Gestão de 2004 e resoluções e atas do Conselho Municipal de Saúde. Os dados mostram avanços consideráveis nesse âmbito, como a realização da Conferência Municipal de Saúde a cada dois anos, desde 1993; o estabelecimento da Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde, desde 1994; e a implantação dos conselhos gestores, que já são em número de 22. Outro aspecto de destaque diz respeito à conquista de melhorias em termos de infraestrutura e recursos humanos, bem como a dotação de orçamento para assegurar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Como aspetos limitadores, os dados apontaram a baixa incorporação das propostas das conferências aos instrumentos de gestão da política municipal de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Controle Social.

107 Assistente social, vinculada à SMS de Cuiabá/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

108 Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social da UFMT, orientadora.

HISTÓRICO DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTAL DO ARAGUAIA, MATO GROSSO

Rosany Lucy Costa Figueiredo[109]
Lydia Maria Bocayuva Tavares[110]
Júlio Strubing Müller Neto[111]

A proposta nesta pesquisa é levantar o histórico e a dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Pontal do Araguaia, desde o ato de sua criação, em 27 de abril de 1993, até o ano de 2005. Para tanto, procede-se à análise das atas e documentos produzidos pela instituição, dos quais se apreendem os assuntos abordados e o número de reuniões realizadas. Também se verifica a base legal das ações do Conselho. Este texto divide-se em quatro partes: na primeira, a introdução, define-se e conceitua-se o Controle Social na perspectiva do Conselho de Saúde e discorre-se acerca de sua inserção nas políticas públicas, através da legislação federal, estadual e municipal. Na segunda, apresentam-se os objetivos da pesquisa, quais sejam retratar o histórico do funcionamento do CMS do referido município, entre os anos de 1993 e 2005, buscando-se conhecer a estrutura legal e física do órgão, com foco em sua organização e funcionamento. Na terceira parte, descreve-se a metodologia da pesquisa, que é basicamente a descritiva; e na quarta, destinada à apresentação das considerações finais da investigação, faz-se uma breve retomada da história de criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Pontal do Araguaia, desde o processo de sua estruturação ao seu embasamento legal, apontando sua dinâmica de funcionamento e a regularidade de suas reuniões, incluindo-se o conteúdo discutido e registrado em seus anais, além da documentação produzida pela instituição.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde. Controle Social.

109 Assistente social, vinculada à SMS de Pontal do Araguaia/MT, egressa da Turma II do CGSSS.

110 Médica do Ministério da Saúde, mestre em Saúde e Ambiente, orientadora.

111 Médico sanitarista e psiquiatra, docente do ISC/UFMT, doutor em Saúde Pública, coorientador.

HISTÓRICO E FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOBRES, MATO GROSSO, DA CRIAÇÃO ATÉ O ANO DE 2008

Maria das Graças Fonseca Carvalho[112]
Nina Rosa Ferreira Soares[113]

A participação da comunidade nas ações que envolvem a área da saúde foi uma conquista do povo brasileiro que se empenhou na luta pela Reforma Sanitária. Essa mobilização atingiu seu ápice quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Pouco mais tarde, a Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, determinou que os principais instrumentos para o exercício desse controle fossem os conselhos e as conferências de saúde. Esses conselhos são órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde, os quais se fazem presentes em quase todos os municípios brasileiros e são, obrigatoriamente, requisitos para a municipalização da saúde e, portanto, para o repasse de recursos financeiros. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução 333, de 04 de novembro de 2003, que reforça as diretrizes e competências fixadas na Lei nº 8.142/90, ressaltando que essas entidades atuem na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A Resolução CNS 333/03 define que, de acordo com as recomendações da X e XI Conferências Nacionais de Saúde, as vagas existentes nos conselhos sejam distribuídas de acordo com a paridade. O Conselho Municipal de Saúde de Nobres foi criado através da Lei 350 de 25 de outubro de 1989, um ano antes da promulgação das leis federais nº 8.080, de 19 de setembro, e nº 8.142, de 28 de dezembro, ambas do ano de 1990.

Palavras-chave: Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Participação da comunidade. Controle Social.

112 Historiadora, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de Nobres/MT, egresso da Turma III do CGSSS.

113 Assistente social, mestre em Educação, técnica do NDS/ISC/UFMT, orientadora.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE EM PEIXOTO DE AZEVEDO, MATO GROSSO

Gilmara Cristina Raposo dos Santos[114]
Alice Guimarães Bottaro de Oliveira[115]

Neste estudo, caracteriza-se a dinâmica de integração do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) de Peixoto de Azevedo à rede de atenção à saúde do município, identificando-a nos processos de gestão municipal no Sistema de Referência e Contrarreferência em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa descritivo-qualitativa, para cujo desenvolvimento procede-se à seleção e revisão bibliográfica e documental, sendo os dados coletados em documentos concernentes ao CAPS à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os resultados apontam que a integração entre o CAPS e demais serviços de saúde tem sido dificultada pela visão fragmentada em relação à saúde mental por parte tanto dos profissionais de saúde quanto do próprio gestor. Observa-se, ademais, que essa desintegração interfere na postura dos profissionais da rede em relação aos pacientes em sofrimento mental, que não recebem desses agentes a mesma atenção e importância dispensada aos demais enfermos. E isso se deve ao fato de esses trabalhadores sentirem-se desresponsabilizados de atendê-los, por acreditarem ser essa uma atribuição do CAPS. Entende-se, enfim, que essa mesma desintegração, além de ser uma barreira cultural, está intimamente ligada ao processo de gestão, incluindo-se aqui a maneira de o gestor ver e entender a saúde mental e os mecanismos de gestão aos quais vem recorrendo no sentido de desmistificar o sofrimento mental como um problema a ser tratado apenas a distância. O gestor, enquanto grande articulador das políticas de saúde, deve ampliar e inovar a sua visão a esse respeito, para que as estratégias em saúde sejam mais bem direcionadas e os instrumentos de gestão utilizados com esse fim sejam divulgados e otimizados.

Palavras-chave: Integralidade. Territorialidade. Intersetorialidade. Regulação. CAPS.

114 Assistente social, vinculada à SMS de Peixoto de Azevedo/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

115 Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente da Faculdade de Enfermagem/UFMT, orientadora.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL PRATICADAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE ALTA FLORESTA – MATO GROSSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Abelardo Júnior Scavassa G. de Souza[116]
Maria Salete Ribeiro[117]

Nesta pesquisa, visa-se ampliar os conhecimentos acerca das situações de violência que comumente afligem o município de Alta Floresta, Mato Grosso, com foco nos atos violentos e na exploração sexual praticados contra crianças e adolescentes que habitam a localidade e que constituem um problema de Saúde Pública. A análise de dados secundários evidencia a incidência de casos de violência doméstica e sexual, entre outros, no município e as estratégias de enfrentamento do problema construídas pela gestão municipal de saúde e suas respectivas parcerias. Em face desse contexto, trabalhadores das áreas da Saúde, Educação e Assistência Social e representantes da sociedade civil organizada, especialmente do Conselho de Direito e do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conseguiram inserir a temática nas respectivas agendas de debates e encaminhamentos, tendo essa mobilização resultado na criação da Comissão Municipal de Enfrentamento das Violências (COMEV). A credibilidade e o engajamento dos profissionais e de membros da sociedade civil organizada na gestão de políticas públicas voltadas para a implementação da humanização da atenção às vítimas de violência, no município, têm concedido visibilidade à experiência e evidenciado o seu sucesso. Ademais, têm desencadeado permanentemente o debate com a sociedade mais ampliada, através de eventos e da mídia; da capacitação dos trabalhadores da área de políticas públicas e dos conselhos; da realização de palestras e discussões sobre o assunto, além da incorporação de práticas de educação em saúde voltadas para a transformação dessa realidade.

Palavras-chave: Política de Saúde. Violência. Exploração sexual.

116 Enfermeiro, vinculado à SMS de Alta Floresta/MT, egresso da Turma IV do CGSSS.

117 Orientadora, assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/ UFMT.

A PESSOA IDOSA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Jucedélia Gomes Dourado[118]
Leila Auxiliadora José de Sant'ana[119]

Os debates sobre as questões relativas ao envelhecimento da população ocorrem nos âmbitos da vida privada e da vida pública. Nessas discussões, destacam-se o papel da família e das relações entre as gerações; os atos de violência praticada contra os idosos; os estigmas, os preconceitos do envelhecimento; a questão econômica; e outros aspectos de amplo interesse público, como o sistema de seguridade social e aposentadoria. Acrescente-se a essa pauta assuntos de igual relevância, como o aumento da perspectiva de vida e do envelhecimento populacional, que intensificaram os debates principalmente nas sociedades em que, a exemplo do Brasil, as desigualdades sociais são profundas. Nas relações estabelecidas durante o envelhecer, os ciclos de amizade e o vínculo familiar são postos como sistemas de apoio capazes de transmitir ao idoso segurança emocional. No caso de passar por situações traumáticas, como a perda de um ente querido ou o "asilamento", esse indivíduo encontra dificuldade para manter seu estado de equilíbrio. O envelhecer constitui-se em uma fase de transição que envolve não somente o ancião, mas também a família e os novos laços afetivo-emocionais que passam a constituir sua nova realidade. Em geral, as modificações processadas no âmbito familiar, do trabalho e tecnológico produzem exclusões que conduzem a pessoa à condição de velho, desconsiderando-se sua experiência de vida e não encarando o envelhecimento como uma lei naturalmente imposta ao ser humano. Nesta pesquisa, busca-se descrever o processo de envelhecimento e os dispositivos legais que asseguram aos avançados em anos a conquista de uma vida independente e autônoma e, dessa forma, evitam "asilamento", o isolamento e o abandono. Traça-se um breve panorama sobre o envelhecimento demográfico no país, englobando-se os aspectos socioeconômicos que permeiam essa fase da vida, ilustrados com dados e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (2000, 2003, 2008). Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de cunho bibliográfico e documental, com destaque para os textos referentes à Política Nacional do Idoso e ao Estatuto do Idoso e à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, além de legislações que

118 Historiadora, vinculada à SMS de Guiratinga/MT, egressa da Turma IV do CGSSS.

119 Assistente social, mestre em Saúde Coletiva, vinculada à SES/MT, orientadora.

marcam presença na defesa dos direitos desse segmento social no Brasil. Discorre-se também sobre os aspectos da saúde associados de uma política que assegura o envelhecimento saudável e ativo, a exemplo da preservação da autonomia e da independência do idoso. Ainda, procede-se à discussão sobre o processo de institucionalização, com foco na adaptação do idoso ao seu novo ambiente de vivência, sendo essa a última alternativa para aqueles que, por serem pessoas dependentes, não contam com os cuidados da família.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Institucionalização. Asilamento.

ANÁLISE DA AMBIÊNCIA DO PROJETO FÍSICO DA POLICLÍNICA DO BAIRRO PEDRA 90 – CUIABÁ, MATO GROSSO

Luiz Fernando Rogério[120]
Maria Salete Ribeiro[121]

Neste estudo, busca-se analisar o projeto de implantação de uma nova unidade de saúde de atenção secundária no município de Cuiabá, capital de Mato Grosso, qual seja a policlínica do bairro Pedra 90. A proposta fundamenta-se em parâmetros estabelecidos no Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS) e na Política Nacional de Humanização (PNH), relativamente à ambiência nos estabelecimentos destinados à prestação de serviços públicos de saúde. Em termos metodológicos, adota-se a abordagem analítico-descritiva de investigação, tendo-se como fontes básicas de dados, além daqueles coletados durante a observação *in loco*, o referido projeto, atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os dados mostram que, apesar de o tema ambiência ser relativamente novo na área da saúde, em especial para os gestores (pois é objeto mais comum a engenheiros e

120 **Tecnólogo em Gestão de Hospitais e Serviços de Saúde, integrante da Rede de Apoio ao SUS/** COSEMS/MT, egresso da Turma IV do CGSSS.

121 **Assistente social, mestre em Serviço Social, docente do Departamento de Serviço Social/UFMT, orientadora.**

arquitetos), os parâmetros SomaSUS e PNH foram amplamente considerados na execução do projeto. Os principais aspectos levantados tratam do conforto e da qualidade do espaço disponibilizado aos trabalhadores e usuários da unidade de serviços de urgência e emergência implantada no bairro Pedra 90.

Palavras-chave: Política de Saúde. Humanização. Ambiência.

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE ADOLESCENTES PUÉPERAS DE GUARANTÃ DO NORTE, MATO GROSSO

Clarisse Maria Sala Machado[122]
Edir Nei Teixeira Mandú[123]

Todos passam pela experiência de "adolescer" antes de entrar na vida adulta; ninguém escapa à adolescência, por mais diversos que sejam os modos de vivê-la. Nesse percurso, inúmeras adolescentes passam a integrar a estimativa brasileira de que, a cada ano, um milhão delas se torna mãe precocemente, entre dez e dezenove anos de idade. Diante desse fato, os gestores de serviços de saúde devem conhecer as características dessas adolescentes, a fim de fomentar políticas de saúde pública específicas à prevenção da gravidez indesejada e não planejada e para apoio ao grupo e suas famílias quando a mesma ocorre. Assim, neste estudo descritivo-quantitativo, analisa-se o perfil sócio-demográfico e de saúde de adolescentes dessa faixa etária, que tiveram filhos no ano 2004, em Guarantã do Norte, Mato Grosso. Constata-se que, do total de partos realizados no município, 18,6% corresponderam às grávidas com idade entre dez e dezenove anos. Também se verifica que o nível de escolaridade indicado por elas era elementar e que grande parcela era mãe solteira. Sabe-se que essas características as tornam mais vulneráveis a problemas emocionais, sociais e de saúde, os quais atingem não só a elas, mas também a seus filhos. Confirma-se a relação entre a baixa idade da mãe e a ocorrência de partos prematuros e de nascidos vivos com peso inferior a 2,5kg. Diante do perfil encontrado, visualiza-se que é indispensável a definição e implementação de ações gerenciais locais para garantir o acesso dessa parcela da população a serviços e ações de saúde reprodutiva de qualidade, especialmente destinadas à prevenção da gravidez e ao cuidado dos que a vivenciam, reduzindo vulnerabilidades e possíveis conseqüências.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez. Gestão.

122 Pedagoga, vinculada à SMS de Guarantã do Norte/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

123 Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente da Faculdade de Enfermagem/UFMT, orientadora.

PERFIL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS ATENDIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DE NOVA BRASILÂNDIA, MATO GROSSO

Cláudia Alexandra Cardoso Martins[124]
Edir Nei Teixeira Mandú[125]

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública no Brasil, onde um milhão de nascidos vivos, a cada ano, têm mães com idade entre dez e dezenove anos. O fato apresenta repercussões igualmente sérias na vida das adolescentes e requer a implementação de ações sociais e, especificamente, a disponibilização de serviços de saúde voltados tanto para o planejamento familiar quanto para apoiá-las em suas necessidades. Ainda hoje, inexiste uma política e práticas efetivamente articuladas entre si e convergentes para esse grupo social em particular, que inclua o enfrentamento da questão em toda a sua amplitude. No país, as ações direcionadas para essa população ainda são muito fragmentadas, sendo premente que esforços sejam envidados com esse fim, além da mobilização conjunta das áreas da Educação, Saúde e Assistência Social. Neste trabalho, através de uma abordagem quantitativo-descritiva, procura-se analisar o perfil das adolescentes que engravidaram e foram acompanhadas em unidades de saúde de Nova Brasilândia-MT, em 2004, apontando para os gestores municipais a importância da implementação de projetos que garantam o acesso dessa clientela a serviços e ações de saúde com boa qualidade. Para a coleta dos dados, recorre-se ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e à Declaração de Nascidos Vivos (DNV), do Ministério da Saúde, a partir dos quais se verifica que 26,31% dos partos ocorridos no município, naquele ano, foram de gestantes com idade entre dez e dezenove anos. Nota-se, ademais, que, dessas parturientes, a grande maioria era mãe solteira e apresentava baixo nível de escolaridade. Constata-se, ainda, que quanto mais jovem a mãe, maior é a possibilidade de nascerem crianças prematuras e com peso inferior a 2,5kg.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez. Gestão.

124 Enfermeira, vinculada à SMS de Nova Brasilândia/MT, egressa da Turma I do CGSSS.

125 Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente da Faculdade de Enfermagem/UFMT, orientadora.

Sobre o livro:

Formato: 15,5 cm por 22,5 cm

Mancha Gráfica: 31 cm por 22,5 cm

Tipologias Utilizadas: Adobe Caslon Pro(8/10pt), Nyala (18pt)

Papel: Offset 90g/m² (miolo) e Cartão Supremo 250g/m² (capa)